

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N<sup>o</sup>  
115

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis LENOËL

Né à Isigny-sur-Mer, le 28 octobre 1882

Ancien interne de l'Hôpital du Mans

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne à l'Hôpital Maritime de Bercy-sur-Mer

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

DE LA

COXALGIE FRUSTE

A SON DÉBUT

*Président : M. RECLUS, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI<sup>e</sup>)

1912

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

1871

115

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis LENOËL

Né à Isigny-sur-Mer, le 28 octobre 1882

Ancien interne de l'Hôpital du Mans

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne à l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer

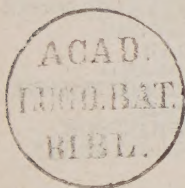
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

DE LA

COXALGIE FRUSTE

A SON DÉBUT



*Président : M. RECLUS, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI<sup>e</sup>)

1912

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

## PROFESSEURS

## MM

|                                                                         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | NICOLAS            |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET         |
| Physique médicale . . . . .                                             | WEISS              |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                           | DESGREZ            |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                  | BLANCHARD          |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .                         | ACHARD             |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | WIDAL              |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | TEISSIER           |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LEJARS             |
| Histologie . . . . .                                                    | PIERRE MARIE       |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | PRENANT            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | HARTMANN           |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | POUCHET            |
| Hygiène . . . . .                                                       | MARFAN             |
| Médecine légale . . . . .                                               | CHANTEMESSE        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | THOINOT            |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | LETULLE            |
|                                                                         | ROGER              |
|                                                                         | DEBOVE             |
| Clinique médicale . . . . .                                             | LANDOUZY           |
|                                                                         | GILBERT            |
|                                                                         | CHAUFFARD          |
|                                                                         | HUTINEL            |
| Maladies des enfants . . . . .                                          |                    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | GILBERT BALLEI     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GAUCHER            |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | DEJERINE           |
|                                                                         | DELBET             |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | QUENU              |
|                                                                         | RECLUS             |
|                                                                         | SEGOND             |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | DELAPERSONNE       |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | LEGUEU             |
|                                                                         | BAR                |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | PINARD             |
|                                                                         | RIBEMONT DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | POZZI              |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                               | KIRMISSON          |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        | ALBERT ROBIN       |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM

|            |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| BALTHAZARD | DUVAL (P.)        | LEQUEUX    | RATHERY   |
| BERNARD    | COUGEROT          | LERI       | REITTERER |
| BRANCA     | GREGOIRE          | LOEPER     | RICHAUD   |
| BRINDEAU   | GUENIOT           | MACAIGNE   | ROUSSY    |
| BROCA (A.) | GUILLAIN          | MAILLARD   | ROUVIÈRE  |
| BRUMPT     | JEANNIN           | MORESTIN   | SCHWARTZ  |
| CAMUS      | JOUSSET (A.)      | MULON      | SICARD    |
| CARNOT     | LABBE (M.)        | NICLOUX    | TERRIEN   |
| CASTAIGNE  | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TIFFENEAU |
| CHEVASSU   | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC   | ZIMMERN   |
| CLAUDE     | LECENE            | OMBREDANNE |           |
| COUVELAIRE | LENORMANT         | PROUST     |           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de mes  
sentiments les plus pro-  
fonds de reconnaissance  
et de grande affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
Officier de la Légion d'honneur  
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNARD

Chirurgien en chef de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer  
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR EM. SERGENT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

*(In memoriam)*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine

*(Externat)*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REYNIER

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR APERT

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR MUSELIER

A MM. LES DOCTEURS CALVÉ ET ANDRIEU

Chirurgiens assistants de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELAGENIÈRE

Chirurgien de l'Hôpital du Mans

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHER

Médecin de l'Hôpital du Mans

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DELAMARE

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC  
DE LA  
COXALGIE FRUSTE  
A SON DÉBUT

---

INTRODUCTION

---

Si l'étude diagnostique de la tuberculose en général, a bénéficié des progrès accomplis dans les recherches de laboratoire, les formes cliniques de cette affection, quel que soit l'appareil envisagé, sont d'une variété qui déroute.

La coxalgie, considérée en tant qu'arthrite tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale, ne saurait faire exception, et elle offre dès son début des modalités si différentes, qu'il n'est pas toujours facile d'être affirmatif. Nous en trouvons la preuve dans les erreurs que l'on rencontre fréquemment.

Un enfant, soumis à notre examen, présente-t-il un certain degré de claudication, une hanche douloureuse dont les mouvements sont limités, une notable atrophie musculaire ? Nous portons par habitude,

par routine clinique en quelque sorte, le diagnostic de coxalgie. Celui-ci se trouve être vérifié dans la plupart des cas. Mais si nous disons volontiers coxalgie, il importe cependant de faire certaines réserves, et nous devons être prévenu qu'il existe une proportion d'erreurs, qu'on peut évaluer approximativement entre 6 et 10 o/o.

Au cours de l'année de séjour, que nous avons eu l'honneur de passer comme interne, à l'Hôpital Maritime de Berck, nous avons été frappé par quelques exemples d'enfants, entrés à l'hôpital avec le diagnostic de coxalgie, et qui, examinés une fois le plâtre retiré, se montraient ou dépourvus de toute réaction articulaire, ou atteints d'une affection toute autre que la coxalgie.

C'était un jeu, pour notre maître, M. le Dr Ménard, que nous voulons remercier, dès le début de ce travail, du large enseignement clinique qu'il nous a prodigué avec tant de bienveillance, c'était un jeu, dis-je, de mettre en défaut notre observation attentive cependant puisque avertie, et de nous montrer, parmi la centaine d'enfants qui arrivent à Berck mensuellement, un, deux, quelquefois trois de ces « pseudo-coxalgiques ».

D'autres malades, chez lesquels la coxalgie pouvait être à juste titre soupçonnée, exigeaient d'autre part, pour notre maître, la nécessité d'un examen ultérieur.

A côté de la forme la plus fréquente, celle qui correspond au type de coxalgie décrit par les classiques,

et qui se rencontre dans 80 à 90 0/0 des cas, il existe des coxalgies dont le début est tout à fait atypique. Ce sont, par exemple, les coxalgies à début brusque, formes fébriles étudiées par M. Broca dans ses *Leçons cliniques* ; coxalgies avec siège anormal de la douleur (talalgie) ; ce sont les formes débutant par une luxation (thèse de Jouon) ; les formes hypertrophiques ; ou bien les formes à début latent ; formes suivant l'âge (nourrissons, adultes, vieillards) ; formes suivant l'état antérieur (coxalgie survenant chez un tuberculeux pulmonaire, chez une hystérique [Lannelongue]. Ce sont encore les formes avec foyer primitif d'origine extra-articulaire (Ménard, Lance, etc.). Il suffit de connaître ces formes anormales, pour pouvoir, dans la majorité des cas, en faire le diagnostic. Nous ne les rappelons que pour mémoire, n'ayant nullement l'intention de les étudier dans ce travail.

D'autre part, la nosographie de la hanche s'est enrichie de nouvelles affections, grâce surtout à l'intervention de la radiographie. Les travaux des Américains sur les décollements épiphysaires incomplets, les publications sur la coxa-vara congénitale, de nouvelles observations recueillies sur l'arthrite juvénile déformante (von Brunn, Zezas, Perth), sont venus compliquer l'étude du diagnostic de la coxalgie.

Notre attention, ayant été ainsi attirée sur la difficulté qu'il y avait, au début de phénomènes articulaires coxo-fémoraux atténués, d'établir un diagnostic exact, nous nous sommes proposé d'étudier cette forme anormale fruste de la coxalgie, dans laquelle

tous les symptômes de réaction articulaire, qui ont permis de poser le diagnostic de coxalgie, disparaissent après deux ou trois semaines de repos laissé à l'articulation. Dans ce cas, doit-on admettre comme erroné le diagnostic primitivement porté, ou au contraire conclure qu'il s'agit d'une forme fruste de coxalgie, ayant une évolution exceptionnellement ralentie sous l'influence du repos. Existe-t-il alors des signes qui permettent d'infirmer ou de confirmer le diagnostic ?

Les signes d'une coxalgie au début, sont si peu particuliers, et leur allure si peu caractéristique, ils peuvent être provoqués pas tant de causes, que l'on peut fréquemment se méprendre lorsqu'il s'agit de les interpréter, qu'il s'agisse en effet d'une ostéite juxta-coxale, d'une périarthrite coxo-fémorale, d'une arthrite tuberculeuse ou non tuberculeuse, les symptômes initiaux sont toujours identiques. Mais combien différent est leur pronostic.

Si, impressionné par une réaction articulaire bénigne, mais persistante, le médecin a fait le diagnostic de coxalgie, il doit logiquement instituer le traitement extension continue ou plâtre. Ce n'est pas là seulement un traitement de quelques semaines, mais bien de plusieurs années, qui peut influencer de la façon la plus défavorable l'avenir, voire même l'existence d'un enfant, sans compter les ennuis et les charges imposés à la famille et le dommage causé au membre au point de vue de son développement, par une immobilisation forcée et injustifiée.

D'autres fois le diagnostic est exact, mais si le clinicien n'a pas soin de rechercher minutieusement les symptômes qui permettent d'affirmer la persistance des lésions tuberculeuses en évolution dont la ténacité est un des caractères essentiels, il peut être tenté de rendre trop tôt à l'activité une articulation qui doit être immobilisée de longs mois.

Enfin, s'il ignore les formes de coxo-tuberculose, bénignes seulement d'apparence, il peut par imprévoyance, après un repos trop court, laisser marcher l'enfant ; les lésions alors se réveilleront et la rechute constituera d'ailleurs un excellent symptôme de coxalgie.

Mais on sait combien il ne faut attendre à aucun prix ces retours offensifs, qui font d'une coxalgie à évolution lente et relativement bénigne, une arthrite grave avec fongosités, tendance à l'abcès, attitudes vicieuses et troubles fonctionnels consécutifs très étendus.

Il pourra aussi être très utile de savoir dépister les affections para-articulaires, en particulier les tuberculoses juxta-articulaires qui, mal soignées, peuvent par proximité engendrer une arthrite et aggraver considérablement le pronostic. Il existe de gros foyers juxta-articulaires qui ne se révèlent que par une réaction minime au niveau de l'article ; les gros foyers ne sont pas, d'ailleurs, toujours les plus à craindre au point de vue de l'envahissement de l'articulation.

De plus, certaines de ces ostéites sont justiciables

d'une intervention chirurgicale, et il est indispensable de savoir les reconnaître, avant qu'elles n'atteignent l'articulation.

Ajoutons que toutes les causes d'erreur en face du syndrome coxo-fémoral fruste, sont dues à la profondeur même de l'articulation. Elle échappe donc plus que toute autre à l'examen direct, et la plupart des lésions localisées à son niveau se révèlent par un ensemble de symptômes que nous allons étudier. Nous examinerons donc successivement.

1° Comment est constitué cliniquement le syndrome coxalgique tel qu'il se présente à nous dans les cas où l'hésitation est permise, soit parce que les symptômes en sont atténués ou incomplets, ou bien parce qu'ils sont encore tout à fait à leur début.

2° Nous verrons que si après une période d'immobilisation de l'articulation malade, les symptômes d'arthrite ont disparu, nous devons nous demander, si nous avons été en présence d'une arthrite tuberculeuse ou non. Il importe, en effet, de savoir, si dans cette articulation qui paraît saine, il ne subsiste pas de lésions tuberculeuses. Nous ferons ainsi le diagnostic différentiel avec les affections capables de donner une arthrite, simulant ainsi la coxalgie, parmi celles-ci : les juxta-articulaires, dont les unes sont éloignées de l'articulation, les autres très voisines ; la coxa-vara, les fractures du col, et certaines arthrites encore mal définies. Nous verrons la difficulté de ce diagnostic, et l'utilité qu'il y a pour nous d'avoir recours à la radiographie.

3° Nous montrerons, enfin, que même si la radiographie est muette, il nous est cependant possible, par un ensemble de symptômes cliniques, de conclure à la présence de lésions tuberculeuses au niveau de l'articulation considérée.

Notre travail sera empreint, très infidèlement nous devons l'avouer, des leçons cliniques si vivantes de notre maître, M. le Dr Ménard. Il nous a permis de profiter de ses observations, de ses dessins, de ses archives radiographiques. Nous ne saurions trop lui redire notre respectueuse reconnaissance.

C'est à notre maître M. le Dr Calvé, chirurgien assistant à l'Hôpital Maritime, que revient tout l'honneur de ce travail, qu'il nous a rendu agréable et aisé, tant par les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer que par l'aide constante qu'il nous a apportée. Si nous n'avons pas su dans cette étude mettre toujours à profit l'enseignement éclairé de notre maître, qu'il veuille bien avoir pour ce travail la même indulgence amicale qu'il a témoignée à l'élève, lorsque nous avons l'honneur d'être dans son service. Nous lui gardons en retour une profonde gratitude et un respectueux attachement.

M. le Dr Andrieu, chirurgien assistant à l'Hôpital Maritime, a été pour nous un maître très accueillant et toujours désireux de parfaire nos connaissances orthopédiques. Nous l'en remercions vivement, ainsi que des documents qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

M. le Dr Bailleul, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, nous a souvent donné les plus judicieux conseils. Nous sommes heureux de lui dire ici un amical merci.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### *Du syndrome coxalgique examiné à son début*

Le syndrome articulaire coxo-fémoral, tel que nous l'envisagerons est caractérisé essentiellement par trois symptômes qui ne manquent jamais : la claudication, la contracture avec limitation des mouvements et la douleur, symptômes auxquels s'ajoute bien souvent l'atrophie musculaire et l'engorgement ganglionnaire.

*La claudication.* — C'est là souvent le premier symptôme en date, celui pour lequel les parents viennent consulter le chirurgien. Le malade boite, appuyant plus fortement sur le pied sain, tandis qu'il escamote le pas du côté malade.

Ce signe, surtout appréciable à l'oreille (signe du maquignon), peut être à peine perceptible au début. Le matin, par exemple, après le repos de la nuit, il peut disparaître momentanément et ne se reproduire que le soir, lorsque l'enfant aura fait une marche un peu longue.

*Limitation des mouvements.* — Au début, la con-

tracture n'existe que pour les mouvements extrêmes de l'articulation. Elle a besoin d'être recherchée avec soin.

Contrairement à ce que dit la majorité des auteurs, nous avons observé avec notre maître, M. Ménard, que c'est le mouvement d'extension ou, si l'on veut, le mouvement extrême d'hyperextension, qui est atteint le premier dès le début de l'arthrite. Souvent nous avons constaté que la flexion semblait complète, que l'abduction était à peine modifiée, alors que déjà l'extension était limitée d'une manière frappante. Cette limitation du mouvement d'extension paraît être la cause principale de la claudication. Parfois, quand le signe est léger, le malade ne boite pas dans la marche lente, mais en revanche cette boiterie devient très sensible dans la course ou la marche au pas accéléré, ces mouvements exigeant que l'extension soit complète. Si ce fait n'est pas relevé d'habitude par les auteurs, il faut l'attribuer à ce qu'on n'examine pas les malades dans la position qui convient à l'essai de l'extension. Il est indispensable, pour s'en rendre compte, que le malade soit examiné nu et couché sur le ventre. Comme pour les autres mouvements, d'ailleurs, il est de toute nécessité de comparer les mouvements de l'articulation malade avec ceux de l'articulation saine, en commençant par cette dernière.

La recherche de ce signe est enseignée depuis plus de vingt ans par notre maître M. Ménard à ses élèves, et dans son livre *Coxalgie tuberculeuse*, publié en

1893, nous lisons : « Le décubitus dorsal nous a paru peu favorable à l'examen de l'extension de la hanche, lorsque ce mouvement n'est que très légèrement modifié. Nous faisons alors coucher le malade sur le ventre et, saisissant d'une main successivement chacune des jambes, mise en demi-flexion, nous portons l'extension de la cuisse à son extrême limite, tandis que l'autre main posée sur le sacrum, maintient le bassin appliqué sur la table. Avec ce procédé, un léger trouble de l'extension, difficile à démontrer dans le décubitus dorsal, ressort avec évidence. » Ce signe est aussi appelé, depuis quelques années, signe de Broca.

Le mouvement d'abduction est limité par la contracture des adducteurs : ils sont atteints de bonne heure, étant donné leur proximité de l'articulation. Kirmisson signale comme signe précoce, l'impossibilité des mouvements de flexion, combinés avec ceux de l'abduction. C'est là, en effet, un excellent symptôme, mais chez les enfants indociles la limitation des mouvements de rotation et d'extension combinés est plus facile à rechercher. Si l'on prend en même temps les deux pieds, et qu'on essaie de les appliquer sur le plan du lit, en dedans, on se rend compte facilement de la rétraction du psoas.

*La douleur.* — Spontanée ou provoquée, la douleur accusée par le malade est éminemment variable. C'est l'un des signes les plus sûrs et l'on n'en saurait tenir compte chez les enfants. Dans ces cas frustes,

la douleur classique articulaire est peu nette en général, elle peut être nulle pour ainsi dire.

Elle est quelquefois cependant engendrée par une pression sur la tête fémorale en dedans des vaisseaux, au-dessous de la branche ischio-pubienne. On peut encore presser la tête du fémur dans le pli de l'aîne, en dehors de l'artère fémorale. C'est là, pour Lannelongue, un signe de grosse valeur.

En plus de son intensité plus ou moins accusée et qui varie selon l'état de distension plus ou moins grand de la capsule articulaire, la douleur présente des irradiations très diverses. C'est au genou que la douleur à distance se manifeste le plus fréquemment, avec une exacerbation telle, qu'elle seule a pu attirer l'attention (gonalgie), devenant ainsi l'origine d'erreurs de diagnostic.

La douleur à la pression, comme la douleur genou et dépendant comme celle-ci de la même cause, accompagne, mais ne précède pas les contractures. Elle se montre en général alors que les mouvements sont déjà limités. Rarement les malades se plaignent de souffrir au niveau de la hanche à la période de début.

La hanche n'étant pas douloureuse, l'exploration de sa sensibilité à distance, par des chocs sur le gros trochanter ou sous le talon ne donne aucun résultat. Elle est donc inutile au début et plus tard, lorsque l'articulation est douloureuse, elle est non seulement superflue, mais nuisible. On peut ainsi luxer une hanche, et traumatiser un col ramolli. Cette recherche doit donc être proscrite.

L'atrophie musculaire survient rapidement, on peut la constater au bout de quelques jours, et elle est plus sensible au toucher qu'à la vue, car elle peut être masquée par l'adipose sous-cutanée. Elle porte surtout sur les muscles fessiers. Pour juger de l'affaiblissement musculaire, Lannelongue conseille de placer le malade debout, les talons rapprochés et le poids du corps reposant également sur les deux pieds. Au bout de quelques instants, à cause de cette impuissance musculaire, le corps finit par se porter en totalité sur le côté sain (signe de l'épreuve).

L'engorgement ganglionnaire iliaque est de règle. Les ganglions indolents ou à peine sensibles ont une grosse signification clinique. Nous aurons l'occasion, ultérieurement, d'indiquer leur valeur.

Il est évident qu'en présence d'une telle réaction articulaire avec ces symptômes, même estompés, le clinicien songe tout naturellement à porter le diagnostic de coxalgie. Il doit même y songer, parce que c'est l'affection la plus fréquente, sinon la plus grave. Il doit y penser, quand l'interrogatoire, les antécédents sont en faveur de cette affection. Disons cependant que les antécédents et les anamnestiques sont très souvent muets et qu'il n'est pas rare de voir survenir une coxalgie, chez un enfant d'une famille où la tuberculose ne s'est pas manifestée, et qui est placé dans les conditions d'hygiène les plus favorables.

Mais il faut savoir attendre : *la sagesse la plus*

*élémentaire commande d'hésiter avant d'affirmer et d'instituer un traitement de longue haleine.* A plus forte raison, il faut se garder d'une intervention hâtive et intempestive quelle qu'elle soit, ainsi que le conseillent certains auteurs, avec une imprudence inconsciente, comme par exemple, l'injection intra-articulaire d'un liquide modificateur, pour « provoquer et hâter la transformation scléreuse ou le ramollissement ». Ce traitement ne saurait être, à notre avis, ni « sûr », ni « bénin », ni « pratique ». Nous voudrions pouvoir dire qu'il est innocent.

Il faut mettre l'enfant au repos, en observation, avec le dessein de le revoir et de le suivre pendant quelque temps, en se rappelant combien une erreur de diagnostic peut être préjudiciable au malade et en sachant que ces symptômes, s'ils sont fréquemment ceux d'une coxalgie, peuvent être aussi ceux des affections qui la simulent, « les pseudo-coxalgies » que nous allons étudier cliniquement.

---

## CHAPITRE II

---

Il est entendu que, en présence d'une réaction articulaire chez l'enfant, le repos absolu doit être prescrit. Ce repos peut être obtenu de plusieurs façons, soit que l'on condamne l'enfant au lit, avec ou sans extension continue, soit qu'on applique un plâtre temporaire. Le repos avec extension continue semble préférable au plâtre, car ainsi l'examen de l'articulation atteinte d'arthrite est plus facile et, d'autre part, s'il s'agit d'une para-arthrite, on risque, en appliquant l'appareil plâtré, de ne pas avoir l'attention attirée sur l'évolution d'un abcès par exemple.

Là où la difficulté commence, c'est quand, après quelques semaines de repos, le praticien se trouve vis-à-vis d'une articulation parfaitement mobile, dont les mouvements même extrêmes se font avec facilité et sans douleurs. En fait, tous les symptômes d'arthrite ont disparu, il ne reste plus qu'un peu de raideur du genou, provoquée par l'immobilisation.

Peut-on dire et doit-on dire qu'il ne s'agissait pas d'une coxalgie, puisque les symptômes se sont amendés et sont même absents ? Faut-il laisser l'enfant

à ses ébats, ou bien au contraire ne s'agit-il pas d'une de ces formes de coxalgie fruste, chez lesquelles un exercice même léger provoque une recrudescence des lésions, en un mot d'une forme lente de coxalgie, formes atténuée, fugace, récidivante, dans lesquelles des lésions de la synoviale paraissent seules en jeu, et comparables tout à fait à certaines formes d'hyarthrose du genou.

En somme, l'on doit se demander si l'on se trouve en présence d'une arthrite non tuberculeuse guérie, ou d'une arthrite tuberculeuse, dont les symptômes ont régressé, mais dont les lésions persistent.

Cliniquement il nous est tout d'abord facile d'éliminer :

1° Les arthrites aiguës d'origine articulaire, para ou péri-articulaire ;

2° Les arthrites consécutives à des lésions tuberculeuses juxta-articulaires éloignées, dont les symptômes subsistent encore, même après la disparition de l'arthrite qu'elles ont causée.

Il est plus délicat de savoir enfin, si on se trouve en présence :

3° D'une arthrite disparue, venant d'un foyer juxta-articulaire tout proche de l'articulation qui subsiste encore ;

4° D'une arthrite non tuberculeuse traumatique, infectieuse, ou mal déterminée.

1° On conçoit, en effet, que le diagnostic ne puisse être hésitant avec les arthrites aiguës, soit qu'elles

succèdent à une infection nettement déterminée, dont elles sont la signature ; soit que leur multiplicité ou les réactions fébriles qu'elles présentent les caractérisent suffisamment.

Il en est de même des affections aiguës localisées au niveau des os et des séreuses articulaires : à la hanche même la synoviale peut être intéressée, lorsque l'ostéite aiguë se localise au niveau de l'extrémité supérieure du fémur.

Nous verrons cependant que ces localisations ne sont pas toujours aussi bruyantes, et dans leurs formes silencieuses, rendent le diagnostic très difficile avec les formes atténuées de la coxalgie.

Il est également assez facile d'éliminer les périarthrites coxo-fémorales, lesquelles s'accompagnent très souvent de réaction articulaire par irritation de voisinage ; le diagnostic est d'ailleurs très rare chez l'enfant.

L'infection des bourses séreuses qui avoisinent l'articulation peut en effet provoquer une arthrite. D'autre part, la marche en est le plus souvent aiguë, et quand l'infection des bourses séreuses des fessiers est en jeu (ce qui est le plus fréquent), on ne tarde pas à constater un empâtement à la partie supéro-externe de la cuisse, circonscrit à sa partie inférieure par une dépression brusque, en véritable coup de hache.

L'allure subaiguë et surtout chronique de l'affection peut être cause de quelque hésitation, car le membre inférieur prend tout à fait l'attitude vicieuse

de la coxalgie, avec quelquefois même aplatissement de la fesse, abaissement du pli fessier, ensellure lombaire, limitation des mouvements. Mais il n'y a pas de douleur vraiment articulaire, elle est surtout rétro-trochantérienne et si l'on prend la précaution de bien fixer le bassin, on constate que les mouvements de l'articulation sont possibles. Enfin, tous les mouvements abduction et extension qui soulagent les fessiers sont normaux.

Il ne tarde pas d'ailleurs à se former en arrière et en haut du grand trochanter un empâtement qui fait place progressivement à de la fluctuation. En réalité, ces para-arthrites n'ont pas le plus souvent d'action véritable sur l'articulation : c'est l'appareil musculaire qui seul est en jeu.

L'enfant âgé de neuf ans est envoyé à Berck en 1908 pour une coxalgie.

## OBSERVATION I

(D<sup>r</sup> Calvé)

L'enfant D..., âgé de neuf ans, est envoyé à Berck en 1908 pour une coxalgie.

Le petit malade montre un certain degré de claudication, les mouvements d'abduction et de flexion sont limités : ceux d'abduction et de rotation sont normaux. L'enfant présente en outre une légère scoliose d'attitude. La radiographie de la hanche est négative. Un examen attentif décèle un abcès sous-fessier. Une ponction est pratiquée, qui ramène 30 centimètres cubes environ de pus froid. Guérison.

Les psoïtes chroniques par l'adénite iliaque qu'elles donnent fréquemment et surtout par la contracture du psoas qui les caractérise, font que le membre inférieur prend une position qui peut faire croire à quelque lésion articulaire.

Mais les phénomènes généraux qui accompagnent la psoïte, et surtout l'examen de la fosse iliaque interne, permettent de trouver la cause de la psoïte, qu'il s'agisse de psoïte consécutive à l'appendicite, à un adéno-phlegmon, à un abcès péri-néphrétique.

Le mal de Pott lombaire, en provoquant la rétraction du psoas, n'est pas non plus sans prêter à confusion. L'examen de la colonne vertébrale suffit pour faire éviter une erreur de diagnostic. Notre maître, M. Ménard, a rapporté souvent devant nous l'observation suivante :

« Un malade lui est présenté un jour par sa mère, non pour le soumettre à un traitement, mais seulement par excès de précaution dit-elle, l'enfant ayant été atteint d'une coxalgie qui est maintenant guérie. D'une façon simple, notre maître constata que la flexion était complète et l'extension limitée. Tout en parlant, il palpe la fosse iliaque, et passe sa main sur la région lombaire, s'abstenant ensuite de tout examen. Puis il affirme à la mère, d'abord que l'enfant n'est pas guéri, qu'il n'a pas de coxalgie, mais qu'il a d'autre part un abcès dans le ventre et une gibbosité lombaire. La mère proteste alors violemment qu'un professeur de Moscou, puis un autre de Berlin ont affirmé successivement la coxalgie

et que celle-ci a été confirmée par un médecin consulté dans le Midi de la France. Et la mère d'ajouter : « Comment pouvez-vous affirmer qu'il n'y » a pas de coxalgie, vous n'avez pas examiné le » malade. » Or, très simplement trois faits avaient été constatés : la flexion était libre et l'extension bridée ; il y avait un abcès dans la fosse iliaque gauche et une petite gibbosité lombaire. »

Encore faut-il, comme le dit M. Ménard, ne jamais s'arrêter définitivement au diagnostic de coxalgie, avant d'avoir constaté la souplesse de la colonne lombaire.

D'ailleurs, l'association d'une coxalgie et d'un mal de Pott, que l'on rencontre quelquefois, ne rend pas toujours facile la solution du problème.

Un petit malade est envoyé à Berck pour un mal de Pott évident. Au bout d'un an apparaît une arthrite de la hanche gauche. M. Ménard qui donne ses soins à l'enfant constate alors que le membre malade a pris la position de la deuxième période de la coxalgie. L'enfant se plaint de douleurs vives au niveau de son articulation : les symptômes sont ceux d'une arthrite aiguë. L'enfant est immobilisé et peu à peu les douleurs se calment. L'enfant guérit avec intégrité complète.

Il ne s'agissait pas, vraisemblablement dans ce cas, d'une coxalgie vraie, mais d'une arthrite réflexe, peut-être aussi d'une arthrite à toxines, sans présence de bacille.

2° L'absence après quelques semaines de repos de réaction articulaire permet aussi d'éliminer un second groupe d'arthrites secondaires à des affections juxta-articulaires éloignées, qui à cette époque ont évolué pour leur propre compte et affirmé leurs caractères. Ce sont surtout les para-arthrites. L'os coxal, comme l'extrémité supérieure du fémur, peuvent être le siège de foyers d'ostéite tuberculeuse entraînant des signes fonctionnels : douleur spontanée ou provoquée, gonflement de la région, gêne des mouvements articulaires, claudication qui peuvent facilement être mis sur le compte d'une coxalgie.

Ces para-arthrites, en plus des symptômes d'arthrite qu'elles ont pu fournir, ont des symptômes propres à chacune d'elles. Ce sont la tuberculose de l'ischion, du pubis, de la surface quadrilatère ou de l'iléon, du trochanter.

La tuberculose de l'ischion présente souvent une allure clinique toute particulière. Cette affection qui est la plus fréquente des tuberculoses justa-coxales, survient entre sept et dix ans. Le premier symptôme en date est la claudication légère. Parfois, sans qu'aucun phénomène douloureux se soit produit, c'est la tuméfaction révélatrice de l'abcès qui se montre. Celui-ci apparaît rapidement, il est en général volumineux, et c'est lui qui, le plus souvent engendre la contracture péri-articulaire.

Mais la limitation des mouvements en général, bien moindre que dans la coxalgie, porte sur la

flexion ; par contre, l'abduction, toujours prise dans la coxalgie, est ici parfaitement possible.

Notons enfin que l'ascension du grand trochanter fait naturellement défaut, et que la claudication n'est pas aussi accentuée que dans la coxalgie ; la douleur n'est pas aussi véritablement articulaire. On peut, le plus souvent, la provoquer par la pression sur l'ischion.

La tuberculose du pubis chez l'enfant, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de quinze ans environ, est une affection assez rare. C'est cependant l'affection qui simule le mieux la coxalgie. La contracture porte essentiellement sur les mouvements d'abduction, c'est même le seul des mouvements de la hanche qui soit atteint ; l'adduction peut être complétée sans grande douleur, la flexion et l'extension conservant toute leur étendue.

La gêne de la marche est quelquefois très accusée et contraste singulièrement avec le peu de limitation des mouvements. La douleur n'irradie jamais à distance comme dans la coxalgie, et l'on trouve parfois un point douloureux très net au niveau des branches pubiennes. On constate de plus, très fréquemment, des signes d'abcès, tuméfaction, œdème localisé ou gonflement.

## OBSERVATION II

(M. le Dr Ménard.)

Un petit garçon de quatre ans vient à Berck en 1903, offre l'ensemble des signes cliniques d'une coxalgie droite. La radiographie montre une tache très nette, un foyer tuberculeux du pubis du même côté. Une douleur fixe accusée par l'enfant, exagérée par la pression directe, est du reste en rapport avec le foyer pubien. Les symptômes coxo-fémoraux restent bénins, le tubercule du pubis, abandonné à son évolution spontanée, n'occasionne pas d'abcès. Après deux ans de repos absolu, puis relatif, l'enfant reprend la marche avec de longs ménagements. Nous le suivons depuis l'origine de 1903 jusqu'à l'époque actuelle, la guérison de la hanche est confirmée depuis longtemps. La marche est normale depuis 1905.

Une radiographie faite en septembre 1910 confirme encore la présence d'un foyer d'ostéite du pubis droit. Le corps de l'os est tuméfié, mais la tache a disparu sur le point où elle se trouvait en 1903.

La tuberculose peut, enfin, se localiser au niveau de l'iléon et de la surface quadrilatère interne.

La tuberculose isolée de l'iléon est assez fréquente chez l'enfant, mais elle ne donne pas toujours des manifestations cliniques se rapprochant de la coxalgie. Les lésions de la crête iliaque, de la partie postérieure de l'iléon près de l'interligne sous-iliaque laissent en général peu de place à l'hésitation, et l'on constatera aisément que les mouvements de la hanche sont relativement très libres.

Les lésions de la portion de l'iléum qui entre dans la formation du sourcil cotyloïdien ne permettent pas d'être toujours aussi affirmatif. Cette affection qui peut évoluer sans extension à la hanche, présente tous les symptômes fonctionnels qui traduisent la défense de la jointure : douleurs, claudication, attitude fixe du membre. Tant que l'intégrité de l'articulation est respectée, il y a conservation presque absolue de tous les mouvements.

Nous verrons l'importance de la radiographie dans le diagnostic de ces localisations.

### OBSERVATION III

G..., garçon de six ans, entre en 1908 à l'Hôpital Maritime où il est envoyé avec le diagnostic de coxalgie au début.

L'enfant boite ; il souffre au niveau de la hanche. On constate de l'atrophie et de l'hypotonie des fessiers. La palpation perçoit un ganglion iliaque assez volumineux. Toutefois, les mouvements sont à peine limités.

La radiographie montre un séquestre situé à la face interne du quadrilatère iléale.

L'enfant est traité par des injections intra-articulaires. Malgré ce traitement, la hanche a été envahie et l'enfant a eu une coxalgie qui a évolué avec une forme grave avec destruction assez étendue et abcès volumineux.

Ce malade est encore en traitement à l'Hôpital Maritime.

Les trochantérites sont également, dans certains cas difficiles à différencier de la coxalgie, à tel point

qu'on a pu les nommer « coxalgies trochantériennes » (Mordant). A la vérité, le nom de trochantérites qu'on donne à ces affections, chez l'enfant, est injustifié, il semble indiquer une ostéite du noyau trochantérien, laquelle est exceptionnelle. Il s'agit, en réalité, d'ostéite de la partie supérieure de l'extrémité de la diaphyse.

Cette affection, qui survient surtout à l'époque qui correspond au développement actif du grand trochanter, débute généralement par une douleur apparaissant dans la région de la hanche.

Cette douleur, comme dans la coxalgie, peut irradier vers le genou, disparaît par le repos et s'accompagne d'une légère claudication. Avant la période de fistulation qui est la règle, il est deux symptômes d'importance capitale pour le diagnostic de l'affection; c'est la douleur à la pression sur la face externe du grand trochanter et son épaissement.

Ce dernier symptôme a une grosse valeur, il est nécessaire, pour s'en rendre compte, de se placer devant le malade nu, et de comparer de chaque main les deux trochanters, par une pression d'avant en arrière, en les enserrant entre le pouce et les quatre doigts. Cet épaissement n'est pas qu'apparent et dû seulement à l'infiltration des parties molles, comme cela se produit dans la coxalgie. On le constate réellement au cours des interventions et à la radiographie. L'évolution de cette altération fémorale est, le plus souvent, extra-articulaire et un examen attentif nous permet de constater que la

mobilité de l'articulation est souvent complète, bien que les mouvements d'abduction puissent être limités par suite de la tension du fascia lata.

#### OBSERVATION IV

V... R., sept ans, envoyé à Berck au commencement de novembre 1912 avec le diagnostic de coxalgie. Il est soigné au sanatorium Campredon, par le D<sup>r</sup> Calvé, qui ne trouve à l'examen aucun signe de coxalgie (fig. 4).

Les mouvements de rotation et d'extension sont normaux ainsi que ceux d'abduction. La flexion et l'adduction sont à peine modifiés. La marche est normale, on ne perçoit aucune claudication. Pas d'atrophie des fessiers, ni de ganglion iliaque, mais la palpitation révèle un abcès dans le triangle de Scarpa et un trochanter assez volumineux, avec empatement de la fesse.

La radiographie montre une ostéite de l'extrémité supérieure du fémur sans retentissement articulaire (fig. 4).

3° En général, ces affections que nous venons de passer en revue sont faciles à dépister, parce que leur siège extra-articulaire, bien que juxta-articulaire, attire l'attention, en un point autre que l'articulation. Il suffit que le clinicien y songe pour en faire le diagnostic.

Il n'en est plus de même, quand on se trouve en présence d'une affection toute proche de l'articulation, voire même intra-articulaire, dont la présence a provoqué une arthrite par congestion de voisinage. Cette connaissance est importante parce que le pro-



Fig. 1

V... R. Ostéite tuberculeuse de la région trochantérienne droite.



nostic de la valeur fonctionnelle de l'articulation en dépend.

Il s'agit, dans ces cas, d'une arthrite provoquée par un foyer tuberculeux siégeant au niveau du col, ou au niveau de la région cotyloïdienne, ou par un foyer situé au niveau du bulbe osseux, par conséquent intra-articulaire.

L'examen clinique, sans la radiographie, ne peut le plus souvent, croyons-nous, révéler la présence de tubercules osseux cervicaux ou cotyloïdiens, quand les symptômes d'arthrite ont disparu, à moins d'un abcès qui révèle le foyer, d'autant plus que l'articulation peut rester indemne, pendant toute la durée de l'affection. En présence d'une articulation mobile et d'un abcès, nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas coxalgie.

Il est utile, pourtant, de connaître ces foyers, puisque l'extension à la hanche n'est pas rare et engendre des coxalgies particulièrement graves.

En ce qui concerne la tuberculose du col fémoral, une main exercée peut, à la rigueur, par les modifications que décèle le palper à ce niveau, en faire le diagnostic purement clinique. Néanmoins, ce diagnostic reste peu aisé et presque exclusivement radiographique.

#### OBSERVATION V

(D<sup>r</sup> Ménard)

Une fillette de quatre ans, arrivée à Berck en 1902, a été examinée par deux chirurgiens, dont l'un, reconnaissant un abcès

trochantérien, sans troubles articulaires de la hanche, a porté le diagnostic de trochantérite tuberculeuse ; et l'autre, observant au contraire, quelques jours plus tard, des symptômes d'arthrite, prononce le mot de coxalgie. Le premier conseille une intervention, le deuxième croit cette intervention dangereuse.

Un premier examen nous montre un abcès trochantérien sans signes de coxalgie. Peu de temps après, les mouvements actifs et passifs sont pénibles et limités, la région de la hanche est tuméfiée et sensible à la pression. Ce qui nous fait passer successivement par les deux états d'esprits successifs de deux maîtres qui avaient vu la malade.

La radiographie intervient et montre une tache très nette, bien circonscrite, sous la forme d'une bande claire étendue, depuis la base du grand trochanter jusqu'à la tête du fémur. Cette tache est à peu près uniforme : elle n'indique pas la présence d'un séquestre. Mais elle s'avance dans la partie céphalique du col fémoral, partie intra-articulaire, séparée de la synoviale seulement par le périoste.

Bien que cette dernière condition ne soit pas un obstacle à un curettage extra-coxal, c'est-à-dire sans ouverture de la hanche, l'abcès est traité par la méthode des ponctions. Il guérit en moins de trois mois après une courte période de fistulation cliniquement aseptique. Cette guérison ne s'est pas démentie dans la suite, l'abcès ne s'est pas reproduit mais les mouvements de la hanche sont restés incomplets durant plusieurs mois : ce qui a fait imposer un repos d'une année d'abord dans l'attitude couchée avec extension continue, puis avec appareil d'immobilisation en plâtre.

Au bout de cette année, un essai de marche avec béquilles et

appareil d'immobilisation est suivi d'une contracture des muscles péri-coxaux, d'une limitation plus accentuée des mouvements, de douleurs. On doit revenir au repos complet pour une année entière, au bout de laquelle l'enfant se remet à marcher, cette fois avec une grande réserve, quelques minutes chaque jour, puis progressivement davantage. Elle a fini par guérir complètement sans aucune déformation des surfaces articulaires et avec des mouvements d'une étendue à peu près normale. Ce résultat définitif n'a été obtenu qu'après un repos complet, puis relatif, qui s'est prolongé plus de trois années après la guérison de l'abcès.

## OBSERVATION VI

(D<sup>r</sup> Ménard)

Un enfant de deux ans arrive à l'Hôpital Maritime, en juillet 1908, avec le diagnostic de coxalgie, que semble confirmer l'ensemble des signes cliniques : attitude fléchie de la hanche, mouvements limités, atrophie musculaire de la fesse et de la cuisse, ganglion engorgé au-dessus de l'arcade fémorale. Un petit abcès est profondément situé en avant du grand trochanter.

Comme l'attitude couchée sur le dos, avec extension continue, adoucit les symptômes, on peut trouver un désaccord entre la présence d'un abcès et le caractère bénin des troubles articulaires. Cependant le diagnostic de coxalgie paraît à maintenir.

Une radiographie montre sur le col fémoral une tache évidente, étendue sur toute sa longueur, avec une partie plus foncée au centre. Dans l'articulation aucun changement visible, si ce n'est un élargissement léger de l'espace articulaire en dedans, entre la tête fémorale et l'ischion.

La présence d'un foyer tuberculeux sur le col fémoral, probablement avec séquestre, impose une interprétation nouvelle des symptômes cliniques. Il s'agit d'un tubercule osseux justacoxal avec troubles articulaires et menace d'envahissement secondaire de la hanche. De là naît naturellement l'indication d'un traitement préventif.

Le curettage du foyer tuberculeux, d'une exécution facile, puisque l'abcès conduit sur la surface malade du col, enlève un séquestre du volume d'une petite noisette, libre dans une cavité qui s'étend en dedans jusqu'à la tête fémorale, sous l'enveloppe périostique du col. L'opération paraît complète sans blessure de l'articulation.

La plaie est suturée complètement et la réunion par première intention est obtenue d'une manière définitive.

Malgré quelques incidents consécutifs, comme un abcès de la région anale, l'affection de la hanche semble guérie. Au bout de six mois, tout gonflement de la région, toute douleur ont disparu. Seule, reste une limitation des mouvements : la flexion de la cuisse ne dépasse pas l'angle droit.

L'enfant quitte Berck un peu prématurément neuf mois après l'opération : la guérison n'est pas confirmée d'une manière assez définitive. Un repos relatif est encore indiqué.

## OBSERVATION VII

(Dr Ménard)

Un petit malade, âgé de six ans, était soigné par M. Ch. Monod pour une coxalgie gauche à symptômes légers. Depuis deux ans environ il commençait à marcher lorsque je fus appelé à le voir en 1901 à l'occasion d'une poussée douloureuse extrême-

ment vive et persistante. Cette douleur, avec gonflement de la hanche, fut longue à se calmer malgré un repos absolu avec grand appareil plâtré étendu depuis le pied jusqu'aux fausses côtes. Elle dura plusieurs semaines. Un abcès dont j'avais prévu, annoncé même l'apparition n'est jamais venu. Une radiographie faite en 1901 fit voir sur le col fémoral épaissi une tache claire limitée par une zone foncée. La tête fémorale un peu hypertrophiée était régulièrement arrondie. L'espace articulaire était conservé. Les rapports de la tête avec le cotyle étaient à peu près normaux; la tête était à peine anormalement écartée de l'ischion.

Dans la suite, la hanche, par le seul effet du repos guérit si complètement, que les mouvements reprirent leur étendue normale et que la marche, reprise après un délai de deux ans, finit par être parfaite, sans claudication.

Dans ce cas, la hanche n'a pas été envahie, malgré un tableau symptomatique bruyant, et n'a subi d'autre atteinte qu'une irritation de voisinage.

Il est enfin certaines ostéites chroniques d'emblée ou secondairement, qui ne font qu'effleurer de leurs lésions le bulbe osseux et suffisent à engendrer au niveau de la hanche une synovite de voisinage. (Bouilly, 1879).

L'ostéite syphilitique héréditaire est exceptionnelle chez l'enfant comme forme pseudo-coxalgique. Il faut, en effet, que le processus morbide revête le type épiphysaire, pour engendrer par sa proximité une réaction articulaire, capable de faire croire à une coxalgie. Cliniquement, il est presque impossible

d'établir un diagnostic exact, à moins de lésions concomitantes venant l'éclairer, telles que les autres localisations osseuses ou cutanées, les déformations faciales etc.

## OBSERVATION VIII

(M. le Dr Andrieu.)

Un enfant de quinze ans est envoyé à Berck par son médecin avec le diagnostic de coxalgie. Examiné à son arrivée, le chirurgien appelé constate que le malade boite, que les muscles fessiers sont atrophiés et que la palpation provoque de violentes douleurs au niveau de l'articulation considérée.

Les douleurs spontanées sont d'ailleurs assez intenses, mais la limitation des mouvements passifs semble peu en rapport avec ces phénomènes. Si les mouvements n'ont pas toute leur étendue, du moins leur limitation est peu accentuée. Le palper permet de percevoir quelques craquements.

Le chirurgien ne semble pas devoir confirmer le diagnostic de coxalgie, au grand étonnement des parents, et tout en faisant certaines réserves, met le malade en observation, au repos.

La radiographie de la hanche montre une tête déformée, irrégulière, en place cependant, et une cavité cotyloïdienne également irrégulière, anfractueuse.

Les phénomènes douloureux persistant, sur les instances réitérées de la famille, le chirurgien se décide à appliquer un appareil plâtré soutenant tout le membre, convaincu cependant qu'il ne s'agit pas là d'une coxalgie. Après quelques semaines d'immobilisation plâtrée, les douleurs ne diminuent pas et l'appareil est enlevé par le chirurgien, qui demande alors une radiographie complète des membres. Celle-ci décèle un

humérus et un tibia hyperostosés ; la pression les montre douloureux.

Le malade est alors soumis à un traitement biioduré, et au bout de quelques semaines tous les phénomènes douloureux disparaissent. Le malade quitte Berck guéri.

Il revient deux ans après avec une nouvelle poussée. Le même traitement est appliqué et donne le même résultat.

Après une nouvelle période d'accalmie, le malade part pour le régiment et est envoyé en garnison à Besançon. A cette époque, il écrit au chirurgien de Berck qu'il fait une poussée d'ostéite au niveau de son maxillaire, et que le médecin major veut l'opérer. Avant de consentir à l'opération, le malade désire avoir son avis.

Le chirurgien écrit au médecin major du régiment en lui disant ce qu'il a observé. Le malade soumis au traitement biioduré guérit sans intervention.

Depuis lors, le malade n'a pas eu l'occasion de consulter à nouveau.

De la thèse très documentée du Dr Bénazet sur la syphilis héréditaire tardive des os longs, nous extrayons l'observation suivante très intéressante.

#### OBSERVATION IX

*Fausse coxalgie droite, apparue trois ans avant le développement d'une gomme du frontal et d'une gomme du cubitus.  
— Guérison rapide par le traitement spécifique.*

D..., dix ans, est amené par ses parents à la consultation du Dr Ménard au sujet d'une fistule qui s'est établie à la suite de

l'incision d'une petite collection fluctuante de la région frontale, et aussi parce qu'un abcès vient d'apparaître sur l'avant-bras gauche.

Ce jeune malade avait déjà été soigné à Berck, trois ans auparavant, pour une fausse coxalgie droite. En effet, à cette époque, l'enfant présentait des signes de coxalgie légère au début. Placé dans une gouttière et mis ainsi au repos absolu, on put constater avec surprise, dès le sixième mois après le début du traitement, que les mouvements de la hanche avaient repris toute leur étendue. Comme il n'y avait aucune trace d'adénopathie sus-inguinale, et comme la tonicité musculaire reparaissait progressivement, il devenait naturel de rejeter le diagnostic de coxalgie, malgré qu'il subsistât encore un certain degré d'atrophie musculaire du groupe des fessiers et du triceps fémoral.

On permit donc à l'enfant de faire peu à peu des mouvements en attitude couchée, et plus tard de se lever et même de marcher sans appareil.

Au bout de huit à neuf mois, la guérison s'étant maintenue sans rechute, le diagnostic de coxalgie tuberculeuse était définitivement écarté, et une liberté complète fut enfin accordée au petit malade.

Deux années s'écoulèrent ainsi sans incident, l'enfant venait chaque année à Berck passer l'été, et sa santé semblait florissante, lorsque, brusquement, éclatèrent de nouveaux accidents pathologiques.

Sur le côté gauche du front, à 1 centimètre environ au-dessus et en dehors de la bosse frontale, s'était développée une petite tumeur bientôt ramollie et fluctuante.

Un médecin, qui avait pris cette tumeur pour « un kyste », fit une incision au bistouri.

A la suite de cette intervention, il persista un petit trajet fistuleux, dont l'orifice externe bourgeonnait, et dont on sentait bien sous la peau mobile le cordon qui l'unissait aux plans profonds.

En même temps, vers la partie moyenne de l'avant-bras gauche, sur sa face postérieure, se développait une nouvelle collection immédiatement en regard de la face superficielle du cubitus. Cette tuméfaction était allongée selon le grand axe du membre et s'étendait sur une longueur de 8 à 10 centimètres environ. Elle était franchement fluctuante en son centre ; mais il était impossible de distinguer si l'os sous-jacent était altéré ou non.

*Étude radiographique.* — Le cubitus gauche porte un fuseau diaphysaire du type habituel, et cette hyperostose se trouve située exactement en regard de la tuméfaction des parties molles.

*Traitement.* — L'aspect des lésions actuelles, la notion antérieure d'une fausse coxalgie apparue trois ans auparavant firent considérer l'enfant comme atteint de syphilis osseuse. Les heureux résultats du traitement spécifique vinrent confirmer cette hypothèse.

La paralysie infantile, s'accompagnant de troubles moteurs, a pu faire croire à un début de coxalgie. Elle engendre, en effet, de la claudication, un certain degré d'atrophie musculaire et détermine de l'impotence fonctionnelle varie même des attitudes vicieuses quand il y a paralysie des fessiers (surtout du moyen fessier et que les adducteurs entraînent tout le

membre de leur côté. Mais le malade ne souffre pas. et en saisissant la jambe, on peut imprimer à l'articulation coxo-fémorale tous les mouvements que l'on désire.

4° Telles sont les affections non articulaires qui, par leur proximité de l'articulation, peuvent en imposer pour des affections articulaires, et par conséquent pour une coxalgie.

Au point de vue clinique, le praticien ne paraît pas plus armé quand il s'agit d'une affection, cette fois nettement articulaire, en un mot, quand il se trouve vis-à-vis d'une arthrite non tuberculeuse.

Évidemment, il ne s'agit pas ici d'ailleurs d'arthrites à grand fracas que nous avons facilement éliminées, mais de ces arthrites subaiguës ou chroniques, mono-articulaires, qui, comme l'ont montré Bezançon et Griffon, sont le point d'élection des infections atténuées.

Les plus nombreuses sont les arthrites infectieuses, certaines formes d'arthrite sèche, les arthrites consécutives à un traumatisme, enfin, les arthrites qui accompagnent certaines déformations.

On peut, en effet, se trouver en présence d'une arthrite mono-articulaire infectieuse, succédant soit, par exemple, à une scarlatine qui ne s'est révélée que par une angine légère, soit à une rougeole, qui ne s'est manifestée que par un exanthème fugace. Dans ces cas, la notion de cause échappe et l'embarras du clinicien est grand. Il peut en être de même à la suite de grippe légère, de rhumatisme dont les autres

localisations ont passé inaperçues. Devant ces manifestations mono-articulaires, il faudra toujours penser, même chez l'enfant, à la blennorragie possible. En général, cette arthrite gonococcique s'accompagne d'une contracture très accusée, l'adénopathie y est exceptionnelle ; enfin il faut avoir soin de rechercher un écoulement urétral possible et surtout vulvo-vaginal.

#### OBSERVATION X

P..., enfant de huit ans, a eu la scarlatine en avril 1908. En mai l'enfant commence à boiter et à souffrir au niveau de la hanche gauche, sans présenter toutefois de phénomènes aigus. L'enfant est envoyé à Berck avec le diagnostic de coxalgie. Au bout de deux mois d'immobilisation l'enfant ne présente aucun signe de réaction articulaire. La radiographie est négative. On fait marcher l'enfant ; aucun incident ne se produit.

#### OBSERVATION XI

B... Henriette, neuf ans, entre le 13 septembre 1911 pour une adénopathie bacillaire cervicale.

20 janvier 1912. — L'enfant se plaint de douleurs dans la hanche droite et se refuse à la marche. Les élancements persistent dans la hanche et l'enfant accuse de la gonalgie, malgré le repos aulit. L'examen des mouvements ne les montre que peu limités, l'extension paraît la plus atteinte. On note une légère atrophie musculaire. En examinant l'enfant on s'aperçoit qu'elle présente une vulvite. Celle-ci est traitée par des

injections de permanganate de potasse. Au bout de quelques jours les douleurs disparaissent progressivement avec la période aigue de la vulvite.

Citons aussi l'observation publiée par M. Calvé.

J'ai souvenir d'une fillette de quatorze ans qui s'était présentée à la consultation des Enfants-Assistés, lorsque j'étais l'interne de M. Jalaguier, avec tous les symptômes d'une coxalgie au début. L'interrogatoire apprit que l'enfant souffrait en urinant et l'examen de la sécrétion vaginale révéla le gonocoque. Quelques injections au permanganate de potasse et une immobilisation de quinze jours amenèrent la rétrocession complète et définitive des accidents articulaires.

Puis viennent les arthrites consécutives à un traumatisme. D'une façon générale on néglige trop les explications données sur le traumatisme, de telle sorte qu'on admet trop volontiers le diagnostic de coxalgie. Cela vient, il est vrai, de ce que les parents invoquent presque toujours un traumatisme à l'origine des lésions. Il n'en n'est pas moins vrai que des arthrites consécutives à des traumatismes légers ont pu être prises pour des coxalgies.

#### OBSERVATION XII

G..., huit ans et demi, entré à l'Hôpital Maritime en août 1908, où il a été envoyé avec le diagnostic de coxalgie droite au début.

L'enfant est né à terme, en état de mort apparente, et a été élevé au biberon. L'enfant a eu la rougeole au moment de son entrée, l'enfant a été soigné depuis deux ans environ, époque à laquelle il a commencé à boiter.

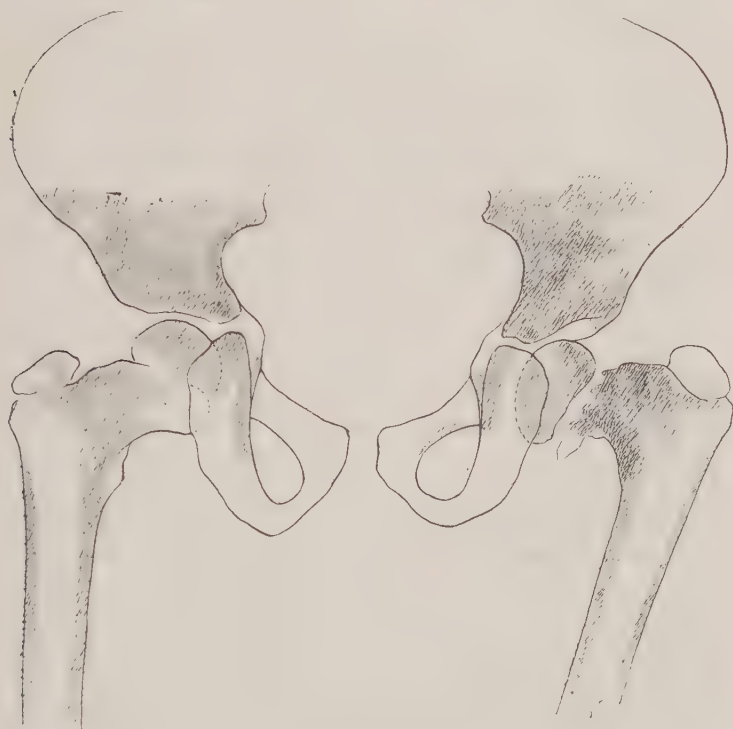


FIGURE 2

G... Paul, huit ans. — Fracture du col fémoral droit à la suite d'une chute du haut d'une chaise. — L'enfant n'avait pas cessé de marcher. (Dessin d'après l'épreuve radiographique).

En février 1907 l'enfant est conduit à Trousseau. On prescrit le repos au lit et l'on applique pendant un mois une attelle plâtrée à la face antérieure de la jambe. En avril 1907 on fait le diagnostic de coxalgie et on applique un appareil plâtré.

L'enfant est envoyé à Berck en août 1907. L'appareil plâtré

est enlevé et après radiographie, jugeant celui-ci inutile, on ne remet pas d'appareil. Le diagnostic exact n'a donc été porté qu'à cette date.

L'enfant reste à Berck jusqu'au 12 décembre 1907.

Pendant son séjour, il n'a jamais eu de douleurs. Il rentre à Paris et reprend sa vie normale, il va à l'école régulièrement.

De nouveau il maigrit, la boiterie s'accroît, il souffre même légèrement lorsqu'il a beaucoup marché.

En juillet 1908 on l'inscrit à nouveau pour Berck.

Comme antécédent traumatique, les parents mentionnent une chute faite du haut d'une chaise. L'enfant n'avait pas cessé de marcher. (Voir fig. 2).

M. Ménard (Congrès de Chirurgie, 1910) a signalé six cas de fractures qui, s'accompagnant d'irritation articulaire, ont été étiquetées coxalgies. Si dans quelques cas il peut s'agir d'entorse de l'articulation, le plus souvent on se trouve en présence de fractures du col fémoral, ou plutôt de décollements épiphysaires incomplets, qui ne sont d'ailleurs décelables que par la radiographie. L'histoire de ces cas n'est pas exempte d'obscurité, ils sont arrivés longtemps après le traumatisme, la déformation radiographique du col paraissait bien se rapporter à une fracture.

En dernier lieu, l'arthrite peut être la résultante de déformations congénitales ou non, de l'extrémité supérieure du fémur. On sait, en effet, qu'il existe, au niveau du col et de la tête fémorale, des déformations fréquentes qui, lorsqu'elles s'accompagnent d'arthrite, ont donné lieu dans certains cas à des erreurs

de diagnostic. La plus connue de ces déformations est la coxa-vara.

Sans doute, la coxa-vara répond, au point de vue clinique, à des symptômes très particuliers ; aussi, le diagnostic de coxalgie, avec celui de coxa-vara, n'est-il à faire pendant les périodes aiguës de cette affection, lors des poussées inflammatoires survenant spontanément, que lorsque le malade examiné montre une ascension du trochanter avec une tête en place.

Le cadre de ce travail ne saurait comporter une étude complète des affections si diverses que l'on désigne sous ce nom de coxa-vara.

Il semble acquis, cependant, après les nombreux travaux de Hofmeister 1909, de Grashey, 1907, de Von Bruns, 1910, de Frangenheim, 1911, et ainsi que la montré plus récemment Frœlich (Congrès de Chirurgie, 1912), qu'à côté des coxa-vara dites symptomatiques, congénitales, traumatiques, inflammatoires, rachitiques, il y a place pour une entité morbide bien définie, la *coxa-vara essentielle* telle que l'a décrite Müller en 1888. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion admise au point de vue de la pathogénie de cette affection encore très discutée, soit que l'on admette avec Lorenz et Schlesinger un traumatisme initial, soit que l'on accepte la manière de voir de Hofmeister, de Von Bruns, confirmée par les observations de Gangolphe (1) pour

---

1. *Lyon chirurgical*, 1<sup>er</sup> mai 1912.

lesquels l'élément causal et primitif est le ramollissement du col et la flexion progressive de ce col ramolli, l'arthrite qui accompagne la coxa-vara semble due à des troubles statiques. Mais ces épisodes aigus, assez fréquents, sont généralement très fugaces.

Les anamnestiques diront, d'autre part, que l'enfant boitait depuis longtemps, que les signes de coxalgie sont venus se surajouter à des signes de déformations préexistantes, et l'on constatera le plus souvent la coexistence d'autres déformations (genu valgum, pied plat). La radiographie suffit à faire lever le doute.

### OBSERVATION XIII

F... Andrée, six ans et demi, arrive à l'Hôpital Maritime, le 19 octobre 1910, avec le diagnostic de coxalgie droite datant de un an.

*Examen à l'arrivée.* — L'enfant, examinée debout, montre la jambe gauche légèrement fléchie, les deux pieds reposant d'aplomb sur le sol. Elle ne présente pas de scoliose.

L'enfant éprouve quelque difficulté à se tenir debout sur la jambe droite. On note une atrophie assez considérable de la cuisse droite et même de tout le membre droit. Légère modification du pli de l'aîne et du pli fessier de ce même côté; le trochanter droit paraît remonté.

La marche révèle une boiterie assez accentuée. L'examen couché montre les mouvements d'hyperextension un peu plus limités à droite qu'à gauche, mais la limitation porte surtout

sur les mouvements d'abduction. Peu de modification des mouvements de rotation.

On ne constate ni ganglion iliaque, ni hypotonie des fessiers. La palpation ne laisse pas percevoir d'œdème. La mensuration accuse un raccourcissement notable. Le trochanter a remonté de 2 centimètres environ. L'enfant n'accuse aucune douleur spontanée ou provoquée et ne souffre pas en marchant.

L'examen radiographique révèle une coxa-vara. Il confirme l'ascension du trochanter et montre un fémur un peu distrophie. On laisse marcher l'enfant. Aucun incident ne survient.

La difficulté du diagnostic résulte surtout de la fréquence relative au cours d'une coxalgie de la présence d'un léger degré de coxa-vara (Lannelongue, Kirmisson. Cette coxa-vara des coxalgiques ne serait pas due exclusivement, selon M. Ménard, à une inflexion du col fémoral, mais provoquée surtout par une hyperostose secondaire au niveau de son bord inférieur.

Notre maître, le Dr Calvé, a signalé une forme particulière de pseudo-coxalgie, d'une allure toute spéciale, dont les caractères essentiels ne semblent pas avoir attiré l'attention, avant la publication de son intéressant mémoire.

Cette affection est caractérisée :

1° Par des signes de réaction articulaire d'allure chronique ou subaiguë, de durée courte, et guérissant avec conservation des mouvements ;

2° Des déformations osseuses préexistantes et survivant à cette arthrite et consistant en coxa-vara,

hypertrophie de la tête fémorale, atrophie et déformation lamellaire du noyau de la tête. Il n'y a aucune destruction osseuse.

Cette arthrite survient chez des enfants entre trois ans et dix ans d'un état de santé excellent.

La plus importante de ces lésions, celle qui, selon le Dr Calvé, imprime à l'affection son individualité, est *l'atrophie et la déformation lamellaire de l'épiphyse fémorale*. Cette affection particulière a une évolution de courte durée et laisse aux mouvements une amplitude normale, sauf en ce qui concerne l'abduction, qui sera limitée par suite de la coxavara.

La luxation congénitale de la hanche a des caractères tellement particuliers, qu'il ne semble pas possible que le diagnostic avec une coxalgie puisse être hésitant. La luxation congénitale n'est d'ailleurs pas en général douloureuse, jusqu'à six ou sept ans. Elle le devient seulement à partir de cet âge, et les douleurs qu'elle occasionne, sont des douleurs passagères peu importantes, à l'occasion d'une marche forcée par exemple.

Mais il est des cas exceptionnels, dans lesquels le symptôme douleur prend une importance considérable. Tantôt ces douleurs sont provoquées par certains mouvements et s'atténuent par le repos, tantôt des crises douloureuses apparaissant sans cause et disparaissant au bout de quelques jours. En même temps la claudication s'accroît, le tableau clinique se rapproche de celui d'une arthrite chronique. Les

mouvements, longtemps intacts, perdent à la longue leur mobilité ; la flexion, l'abduction et la rotation externe étant principalement atteintes. Tous ces phénomènes s'atténuent par le repos, et il est rare de voir se produire des attitudes vicieuses.

Ce sont surtout les luxations incomplètes, les formes atténuées de luxation, luxations à symptômes tardifs (Carle Røederer, in *Presse médicale*, 1912), décrites par Nové Josserand sous le nom de *luxations sus-cotyloïdiennes appuyées*, dans lesquelles le déplacement est réduit au minimum, et parfois assez peu accentué pour que le diagnostic n'ait pas été fait avant l'apparition des douleurs.

L'arthrite sèche de la hanche est surtout une affection de la vieillesse, et si quelques cas ont été signalés dans l'enfance, les craquements fins qui accompagnent les mouvements, la présence d'écchondroses et d'exostoses permettent le diagnostic.

Mais à côté de cette affection il est toute une classe de coxopathies encore mal définies, et dont l'une plus spécialement, a été le sujet de nombreux travaux de la part des auteurs allemands, depuis une quinzaine d'années. Nous voulons parler de *l'ostéo-arthrite juvénile déformante*, dont les premiers cas ont été signalés par Maydl en 1897. Après lui, Von Brunn, en 190, Zexas ont publié de nouvelles observations, et dans une revue générale publiée In *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (octobre 1910), Perth

en signale en tout 38 cas, y compris cinq observations personnelles.

L'étude anatomo-pathologique de cette affection est encore très restreinte, les lésions de la tête fémorale seraient dues pour les uns à une fonte osseuse lacunaire (Kaufmann), pour les autres à la formation de kystes gélatineux sub-chondraux (Ziegler). En revanche, son tableau clinique paraît assez bien établi, et si dans certains cas la confusion avec l'arthrite tuberculeuse a pu être faite et reste toujours possible, du moins ses symptômes cliniques en font une affection bien spéciale.

Au début, la palpation ne révèle pas d'état anormal de la hanche, la douleur peut manquer totalement, malgré des déformations déjà très avancées.

Les mouvements sont indolores, et leur « limitation est conditionnée par les rapports mécaniques qui résultent de la déformation des parties articulaires ».

La contracture musculaire réflexe ne joue aucun rôle et, c'est là un contraste frappant avec la tuberculose coxale.

Par opposition encore avec l'arthrite tuberculeuse, la limitation des mouvements est essentiellement variable suivant les lésions, tantôt c'est l'abduction, tantôt la rotation, parfois même plusieurs mouvements sont simultanément atteints. La flexion est, sans exception, la plus rarement intéressée, l'extension ne l'est pour ainsi dire jamais. La démarche rappelle celle de la luxation congénitale.

Nous verrons ultérieurement ce que donne l'image radiographique.

Dans une étude très documentée, Rottenstein et Houzel ont isolé la *carie sèche de la hanche*, dont ils font, d'ailleurs, une modalité anatomique et clinique de la tuberculose. Cette affection rare, observée surtout entre sept et vingt-cinq ans, ne présente au point de vue clinique aucun signe physique. On ne trouve ni gonflement, ni empâtement, peu d'atrophie musculaire et il n'y a jamais d'engorgement ganglionnaire. Elle se traduit surtout par une impotence fonctionnelle, qui s'accompagne de « douleurs atroces à crises paroxystiques, affectant l'allure de douleurs sciatiques. Nous verrons plus loin le diagnostic radiographique.

Le rhumatisme tuberculeux est à l'ordre du jour, et il est peu d'affections articulaires qui ne lui aient été rattachées. L'existence du rhumatisme tuberculeux mono-articulaire au niveau de la hanche serait, pour M. Poncet, une localisation fréquente, mais nous n'en n'avons trouvé aucun cas qui ait été publié.

La coxalgie hystérique peut, on le sait, simuler en tous points la coxo-tuberculose, mais un examen attentif nous le montre paradoxal dans ses symptômes. Elle survient volontiers brusquement, après une émotion, chez une jeune fille à stigmates hystériques, au moment de la puberté. L'attitude vicieuse du membre, est en général l'abduction, combinée à

la rotation en dedans. L'examen de la hanche décèle une véritable ankylose musculaire plutôt qu'une limitation absolue des mouvements. L'enfant a une attitude déplorable ; elle se plaint de douleurs, mais elle marche en sautillant ; de plus la malade peut s'asseoir, c'est là un fait intéressant à noter.

La douleur souvent très violente est plus superficielle que profonde. Un simple contact de la peau suffit pour la provoquer. Il n'y a ni ganglion, ni atrophie musculaire, ni épaissement de la région.

Il faut se garder, toutefois, de porter de façon hâtive, chez un malade névropathique, le diagnostic de coxalgie hystérique. La tuberculose coxale peut, en effet survenir chez un névropathe avec exacerbation des phénomènes douloureux, comme Lannelongue l'a observé. Le tableau de la coxalgie hystérique peut voiler une coxalgie tuberculeuse. Tel malade a consulté une série de médecins ; le diagnostic a varié, suivant les dispositions de l'esprit. Coxalgie vraie ou hystérie, l'apparition d'un abcès froid vient résoudre le problème. Avec M. Ménard, nous dirons que l'hystérie cache presque toujours quelque chose.

L'ostéo-sarcome peut également prêter à confusion ; mais tandis que dans la coxalgie les phénomènes douloureux sont soulagés par le repos, par contre l'immobilisation absolue n'a aucune influence sur les douleurs provoquées par celui-ci.

Il est assez rare que parmi les diagnostics anté-

rieurement posés, le chirurgien auquel on amène un coxalgique ne trouve pas celui de douleurs de croissance. Sans doute, les phénomènes physiologiques de congestion, qui accompagnent l'accroissement du système osseux, peuvent s'accompagner d'irradiations douloureuses, mais il ne faut accepter qu'avec la plus grande réserve, la réalité de ces symptômes. Ces poussées de croissance restent très obscures dans leur pathogénie.

Le tableau est en général le suivant. Un enfant présente tous les symptômes d'une coxalgie. Au bout de six ou huit mois, le tableau clinique disparaît complètement, et la radiographie reste muette. Seulement, au bout d'un an, on constate un allongement notable du fémur de 1 à 2 centimètres se rapportant nettement à cet os, le tibia restant indemne. La hanche a recouvré son état normal et la guérison reste définitive. S'agit-il, dans ces cas, d'une véritable ostéite non suppurée exceptionnellement bénigne de l'extrémité supérieure du fémur ou d'une simple poussée inflammatoire ?

#### OBSERVATION XIV

(Dr Calvé)

M..., fillette de treize ans, est envoyée à Berck avec le diagnostic de coxalgie. Elle accuse de vives douleurs au niveau de la hanche : l'impotence fonctionnelle s'accompagne d'une contracture en abduction et rotation externe. La radiographie

ne donne aucun renseignement. L'enfant reste couchée pendant deux mois pendant lesquels les symptômes s'atténuent, puis disparaissent complètement.

L'examen au bout de deux mois ne permet plus de reconnaître aucun signe de coxalgie, mais on note un allongement du membre de 2 centimètres, qui semble porter surtout sur le col, la radiographie montrant celui-ci plus long que du côté opposé.

D'autres fois la réaction articulaire ne laisse aucune trace, et tous les cliniciens de Berck ont plusieurs observations semblables d'enfants qui leur sont adressés pour une coxalgie et qui après un laps de temps plus ou moins long, mais ne dépassant pas deux ou trois mois, n'ont plus aucun symptôme.

## OBSERVATION XV

(Dr Calvé)

V..., sept ans, arrive à Berck en 1908 avec le diagnostic d'arthrite tuberculeuse de la hanche droite. L'enfant souffre à ce niveau, il boite, et présente les signes manifestes d'une réaction articulaire. La radiographie est négative.

L'enfant est mis à l'extension continue pendant trois semaines. Au bout de cette période tous les signes ont disparu. L'enfant marche depuis sans qu'aucun incident se soit produit.

C'est donc un examen méthodique qui nous empêchera de méconnaître la tuberculose, lorsqu'un

enfant vient se plaindre de sa hanche, *a fortiori* quand les crises se répètent et se localisent toujours à ce niveau. Mais alors même, quand le diagnostic de tuberculose a été écarté, le problème ne saurait être encore entièrement résolu, car toute arthrite, si fruste soit-elle, tout traumatisme, peuvent occasionner ou réveiller des lésions latentes, et l'on sait avec quelle prédilection la tuberculose vient se fixer ou succéder à ces affections tuberculisantes, avec quelle affinité elle choisit les séreuses déjà éprouvées par les microbes pathogènes, qui lui préparent la place (Ravaut, Ramon, Lannelongue, Achard). Le diagnostic reste donc difficile. Et cependant il faut agir. Condamner au repos une articulation atteinte d'une arthrite non tuberculeuse peut être une faute moins grande, à la vérité, que celle qui livrerait aux mouvements une articulation où persiste une culture tuberculeuse, mais qu'il est urgent de dépister.

Évidemment le meilleur moyen de diagnostic serait d'attendre, l'évolution en infirmerait ou confirmerait le diagnostic, mais puisque toute rechute en cas de tuberculose doit être évitée, le diagnostic doit être porté, l'enfant étant au repos.

Pour ce diagnostic le clinicien possède encore 1° la radiographie 2° un ensemble de symptômes cliniques dont le groupement semble spécifique de l'arthrite tuberculeuse.

---



## EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

---

Nous n'avons pas le droit, à notre époque, de poser le diagnostic de coxalgie, même si notre examen clinique ne saurait laisser aucun doute dans notre esprit, sans nous aider des renseignements complémentaires, que nous fournit une épreuve radiographique.

Certains ont voulu voir même dans la radiographie, une sorte de critérium, pour le diagnostic de la coxalgie au début, et Bizolier écrit dans sa thèse. « Si à la période précoxalgique, les signes cliniques sont insuffisants pour le diagnostic de la coxalgie, l'examen radiographique fait cesser toute équivoque. Les lésions que crée le bacille de Koch, sur l'articulation de la hanche sont appréciables dès le début, à un moment, où les autres signes peuvent manquer ou induire en erreur ». Ce jugement est en réalité exagéré, car les symptômes cliniques précèdent, en général, les renseignements fournis par la radiographie. Mais si celle-ci ne découvre pas la maladie, elle la confirme le plus souvent, quand elle est soupçonnée.

De plus la radiographie seule, est susceptible de nous donner la notion exacte de l'étendue et du

siège précis des lésions, et de mettre en évidence toutes les modifications de l'articulation coxo-fémorale, les altérations du bassin et du fémur au point de vue de la forme, de la dimension et de la structure des os, et tous les troubles de voisinage qui accompagnent l'arthrite tuberculeuse de la hanche.

Il est bon d'avoir trois épreuves radiographiques : une épreuve centrée sur l'articulation malade, une centrée sur l'articulation saine. La troisième épreuve sera bilatérale et centrée au milieu de la ligne intertrochantérique.

Sans doute, cette épreuve bilatérale sera difficilement symétrique « le trou ovale du côté malade est rétréci transversalement, l'ischion s'étant porté en dedans, parce que la hanche malade s'est appliquée de plus près sur la plaque par suite d'une flexion légère ou de l'atrophie des muscles fessiers » (Ménard). Cette troisième épreuve permet étudier plus facilement par comparaison la décalcification du côté lésé.

Au début d'une affection articulaire soupçonnée d'être une coxalgie, la radiographie peut être.

- a) Muette ;
- b) Ou confirme le diagnostic ;
- c) Ou rectifie le diagnostic.

a) Dans la coxalgie d'origine récente, la radiographie muette n'infirme pas le diagnostic de coxalgie, car les modifications articulaires ou osseuses, soit du côté du cotyle, soit du côté de la tête fémorale,

peuvent ne pas être visibles. Dans ce cas, la radiographie est insuffisante et il est prudent de suspendre son diagnostic et de renouveler l'examen radiographique au bout de quelques semaines. Les symptômes cliniques s'accroissant, la radiographie ne sera plus muette. Si les symptômes disparaissent, la nouvelle lecture radiographique continuera à être négative et le malade sera soumis à une nouvelle observation.

Dans certaines formes de coxalgie où les lésions paraissent se cantonner à la synoviale, le cotyle et la tête du fémur conservent, jusqu'à la guérison, leur aspect normal au point de vue de leurs dimensions et de leur configuration. Toutefois même, dans ces formes, on peut noter à l'examen radiographique, à distance de l'article, des modifications du squelette et des troubles trophiques. Dans ces cas légers de synovite, où il n'y a pas d'ulcération, il y a souvent à la longue hypertrophie et hyperostose du col. C'est là un renseignement suffisamment appréciable pour mettre en éveil l'attention du clinicien, et l'inciter à un examen ultérieur ;

b) D'autres fois, la radiographie confirme le diagnostic clinique. Voyons donc les données qu'elle fournit, alors que les lésions articulaires ne sont encore qu'à leur début.

Ce qu'un examen radiographique met surtout en relief, c'est la modification de l'espace articulaire. Sur l'image radiographique, cet espace articulaire est représenté par une bande claire qui sépare les deux corps osseux, ilium et fémur. Normalement, cet

espace est rempli par du cartilage, dont la moitié appartient à l'ilium et la moitié à la tête fémorale.

Sur un sujet normal, l'espace articulaire est partout égal entre l'acétabulum et la tête fémorale, c'est-à-dire que les deux bandes cartilagineuses sont concentriques. Chez le coxalgique, au contraire, cet espace est troublé une fois sur trois environ, ses limites manquent de précision, et les mêmes bandes de cartilage sont divergentes et forment un angle à sommet supérieur.

Autrement dit, les deux courbes concentriques qui figurent radiographiquement d'une part l'acétabulum d'autre part, la tête fémorale, circonscrivent un espace qu'on appelle géométriquement une *couronne*. Dans une articulation malade la couronne devient irrégulière.

La tête fémorale semble refoulée en haut et en dehors. Il en résulte, que la partie supérieure de l'espace articulaire est retrécie sous l'ilium, entre le sourcil cotyloïdien et la partie supérieure de la tête. Ce « pincement », relativement minime au début, varie de un à deux millimètres et semble traduire un amincissement des cartilages. En bas, par contre, ce même espace est élargi vers l'ischion entre le pôle osseux de la tête et le fond de l'acétabulum (écartement ischiatique). Ces signes de déplacement sont naturellement d'autant plus accusés que la coxalgie est plus ancienne. Ils existent seuls au début, plus tard on note des ulcérations.

A quoi est dû ce déplacement ? Est-il dû à la pré-



Fig. 3. — Radiographie. — T. M..., 10 ans

COXALGIE GAUCHE A FORME HYPERTROPHIQUE

La tête hypertrophiée est refoulée en haut et en dehors. On voit nettement le pincement en haut et l'écartement ischiatique à la partie inférieure.

sence d'un épanchement articulaire initial, ou simplement à un gonflement des cartilages en un point, avec début d'usure aux points de pression ? Il est assez difficile de répondre affirmativement, les autopsies étant exceptionnelles.

Il est rare qu'à cette période de début, que nous envisageons exclusivement, la tête fémorale soit assez élevée dans le cotyle, pour constater une modification appréciable des deux courbes osseuses régulières formées, la première par le bord inférieur du col et la moitié supérieure du trou obturateur, la seconde par la fosse iliaque externe et le bord supérieur du col.

On peut enfin observer dès le début la décapitulation, soit sur la tête fémorale, soit sur l'os iliaque que révèle une teinte plus pâle de la radiographie du côté malade.

Si nous comparons ces lésions de début, à celles que donne, par exemple, la syphilis dans les arthrites en général, nous voyons qu'il est souvent assez aisé d'établir un diagnostic radiographique, alors même que les symptômes sont encore peu accusés et nous retrouvons encore, à la lecture de l'image radiographique, les caractères si opposés entre la syphilis et la tuberculose, que nous révèle la clinique.

On voit, en effet, au niveau des épiphyses, des taches claires, plus rarement foncées, attribuées par les uns à un processus d'ostéite raréfiante, par d'autres à des gommes interosseuses. On rencontre



FIG. 5

C... Hélène, huit ans. Tuberculose du sourcil cotyloïdien avec envahissement de la hanche.



de plus fréquemment des taches claires au niveau du bulbe. Généralement, l'épiphyse est augmentée de volume, et, contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose, le contour articulaire garde son absolue netteté. Enfin, le plus souvent la radiographie met en évidence une hyperostose dia-épiphysaire.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer ces lésions au niveau de la hanche, comme il nous a été donné d'en voir au niveau du genou ou au niveau de l'humérus. Notre explication est donc hypothétique, mais il n'y a pas lieu de ne pas attribuer à la hanche, les faits que l'on a observé, pour les autres articulations.

En ce qui concerne les tuberculoses juxta-coxales, la radiographie, même avec des épreuves très bonnes, ne montre pas tous les foyers tuberculeux juxta-articulaires, même lorsque ceux-ci évoluent avec une coxalgie. On trouve néanmoins assez souvent autour du cotyle des taches plus ou moins caractéristiques.

Celles-ci sont tout particulièrement visibles au niveau du col fémoral dans ces cas de tuberculose locale dont l'aspect clinique, qui est celui de la coxalgie, ne permet pas le diagnostic sans la radiographie.

#### OBSERVATION XVI

Une fillette de dix ans est envoyée à Berck comme atteinte de coxalgie droite au début. Au moment de l'examen l'enfant était soumise au repos depuis une quinzaine. Les signes de coxalgie

nous parurent douteux : l'atrophie musculaire, si elle était réelle, était marquée par un embonpoint accentué. Pour le reste, la hanche était libre, l'engorgement ganglionnaire faisait défaut. L'enfant repartit le jour même de Berck avec le conseil

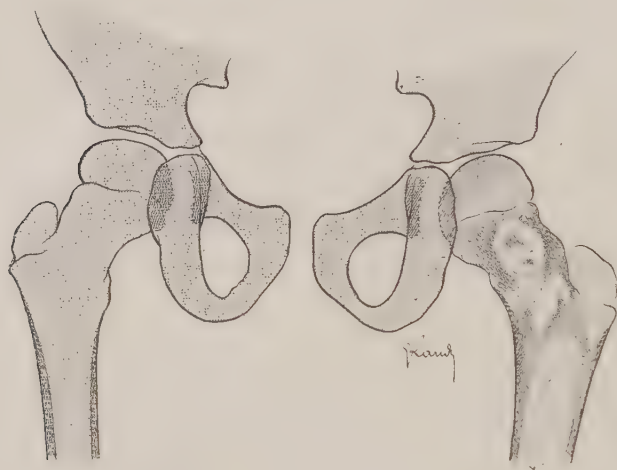


Fig. 4. — Tubercule du col fémoral droit sans coxalgie. — Cette radiographie est la troisième de celles qui ont été faites depuis un an. La tache évidente, mais à contours diffus, sur les radiographies précédentes, non reproduites ici, est maintenant mieux limitée, sans doute par suite du développement de la sclérose osseuse de défense, la lésion ayant vieilli. De nouvelles radiographies ont confirmé la première.

de continuer le repos, le diagnostic de coxalgie ayant été établi par le médecin. Mais une radiographie faite à Berck montrait la présence d'une altération évidente du col fémoral. (Voir fig. 4).

Une intervention a été envisagée, discutée, reprise. Jusqu'ici la hanche est restée libre, mais un petit abcès commence à se montrer au-devant de l'articulation.

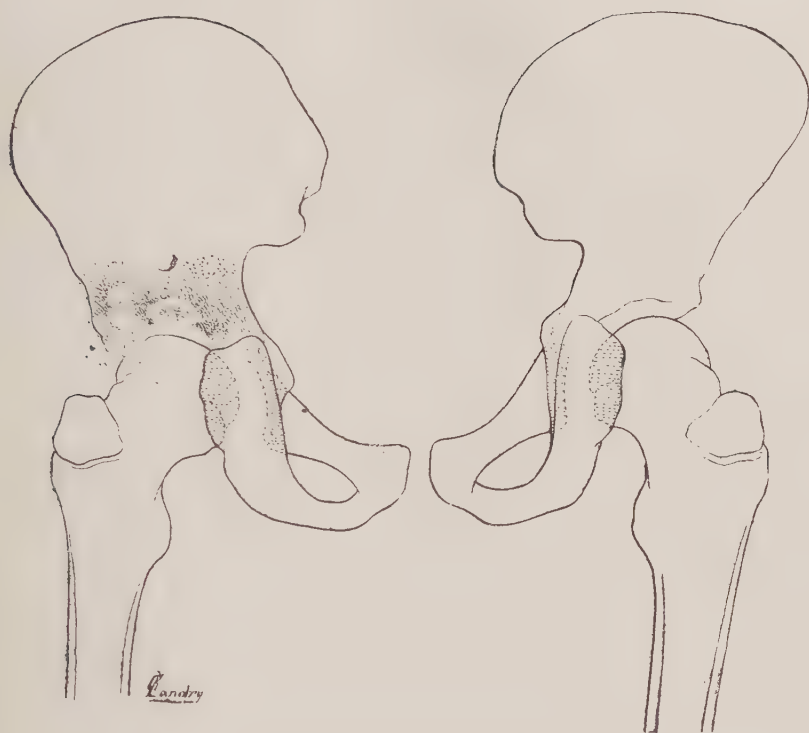


Fig. 6. — Schéma de la radiographie de C... Hélène.



Fig. 7. — Tubercule du col et de la tête du fémur avec signes cliniques légers et temporaires de coxalgie. Le début clinique remonte à deux mois et la hanche n'est pas envahie, ce qui permet de croire à une guérison spontanée.

## OBSERVATION XVII

*Tuberculose du col fémoral gauche. — Symptômes légers de coxalgie. — Curettage du foyer tuberculeux. — Guérison avec intégrité de la hanche (fig. 8 et 9).*

K..., garçon de quatre ans, arrive à l'Hôpital Maritime en août 1910 pour une coxalgie gauche.

Effectivement, l'appareil plâtré enlevé, on constate une limitation peu accentuée des mouvements de la hanche, une atrophie des muscles de la cuisse gauche et des fessiers. La hanche est à peine épaissie d'avant en arrière.

Une radiographie montre une tache bien limitée sur le col



Fig. 8. — Tubercule du col du fémur gauche. Tache claire sur le col fémoral. Radiographie de face.



Fig. 9. — Sujet de la figure. Radiographie de profil, malade couché sur le côté gauche malade, la cuisse droite fléchie et en abduction. Cette épreuve, ajoutée à l'épreuve précédente de face démontre que le foyer siège sur la face antérieure du col fémoral.

fémoral, occupant sur l'épreuve de face (enfant couché sur le dos) la région voisine des trochanters et remontant sur le col

vers la tête en se tenant à peu près à égale distance des bords interne et supérieur. Cette tache claire est large de 1 cm. 5 en bas; elle se rétrécit en montant. Sa teinte est assez uniforme, ses bords bien marqués.

La tête fémorale est en place dans le cotyle, à peine un peu écartée de l'ischion.

Une deuxième radiographie faite de profil, le malade couché sur le côté malade, la cuisse saine relevée, montre que la tache du col répond à une lésion de la face antérieure du col. L'épreuve de face ne permettait pas de distinguer si la lésion occupait la face antérieure, la face postérieure ou l'axe.

La forme légère du tableau clinique et les renseignements radiographiques modifient le diagnostic. Il s'agit non d'une coxalgie, mais d'un foyer tuberculeux du col fémoral.

L'autorisation d'intervenir nous est donnée.

21 novembre 1910. — *Opération.* — Incision verticale au-devant de la hanche dans l'axe de l'épine iliaque antéro-supérieure de 7 centimètres, s'arrêtant en haut et à droite au-dessous de l'épine, et se déviant en haut et en dehors par un prolongement de 4 centimètres.

Sur le col fémoral, découvert à sa base, la rugine découvre de suite le foyer tuberculeux et son contenu, peu épais, granuleux.

Le foyer est traité par la curette. Il ne contient aucun séquestre. Le col fémoral n'est pas seulement dénudé, il est creusé d'une caverne profonde d'environ 4 centimètre, large de 1 cm. 5. Elle se prolonge vers la tête fémorale et finalement la curette, qui ramène des fongosités et du pus granuleux va si loin qu'elle pénètre d'une manière évidente dans la tête fémorale même.

Le fait devient évident par suite d'un incident opératoire que nous aurions pu éviter : en élargissant l'ouverture fibreuse qui permet d'explorer et de curetter la caverne tuberculeuse, la capsule articulaire se trouve incisée, et la cavité synoviale largement ouverte, nous voyons à découvert la tête fémorale, revêtue de son cartilage d'aspect sain. Il est clair que la curette, qui évide la caverne tuberculeuse, s'avance jusque dans le centre de la tête. Ce curettage est fait minutieusement de toutes parts.

Nous ne tenons aucun compte de l'ouverture de la synoviale. Il n'y est fait aucune sorte de suture, sauf un seul point qui réunit la capsule et les autres parties molles. L'hémostase faite par compression, nous fermons la plaie par une série de sutures au crin de Florence, quelques-unes profondes, les autres superficielles pour la peau.

Une légère ascension de température se produit le lendemain de l'opération. Elle se calme d'elle-même. Aucun incident post-opératoire ne trouble la réparation, bien que la suture des parties molles ne soit pas parfaite, la peau se trouve légèrement écartée après l'enlèvement des fils. Cette petite imperfection n'a aucune conséquence. La réunion est complète.

La hanche reste immobilisée à l'aide d'une attelle plâtrée antérieure, mise dans le pansement, puis à l'aide d'un appareil plâtré circulaire jusqu'au cinquième mois. Dans la suite, elle reste libre.

Aujourd'hui, 25 septembre 1911, nous commençons seulement à permettre la marche. Les mouvements de la hanche opérée sont conservés avec la même étendue qu'avant l'opération, et sont un peu limités à leur degré extrême.

Nous ne savons pas encore si la marche ne provoquera pas

des signes d'arthrite coxo-fémorale, malgré la perfection du résultat opératoire.

Nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs cas, lors de notre séjour à l'Hôpital Maritime, où la radiographie a révélé les foyers tuberculeux du col avant que l'articulation ne soit envahie.

Dans ces cas, la question d'une intervention opératoire hâtive doit-elle se poser ? Il est difficile actuellement encore de répondre affirmativement, bien que trois des cas opérés par M. Ménard aient guéri sans extension à la hanche.

Malgré cela, il est des foyers osseux qui échappent totalement aux rayons X, particulièrement les foyers du fond du cotyle avant la coxalgie.

A signaler toutefois ce fait assez fréquent, à savoir que la radiographie révèle à une période précoce de la coxalgie confirmée des altérations très nettes du cotyle (cavernes de la voûte, cavernes de la région ischiatique, perforation du fond). Mais alors il n'est plus question de discuter le diagnostic.

Sont généralement plus faciles à diagnostiquer les malformations congénitales et les fractures.

Pour juger avec le moins possible de causes d'erreurs, une radiographie de la hanche chez l'enfant, il est bon de se rappeler que normalement l'épiphyse revêt la forme d'une demi-sphère séparée du col fémoral par une bande claire, le cartilage de conjugaison, dirigé presque horizontalement de

debors en dedans, et venant aboutir en dedans à l'union des trois quarts supérieurs et du quart inférieur de la tête fémorale. Le quart inférieur de la tête est donc formé, aux dépens de la portion inférieure et diaphysaire du col fémoral.

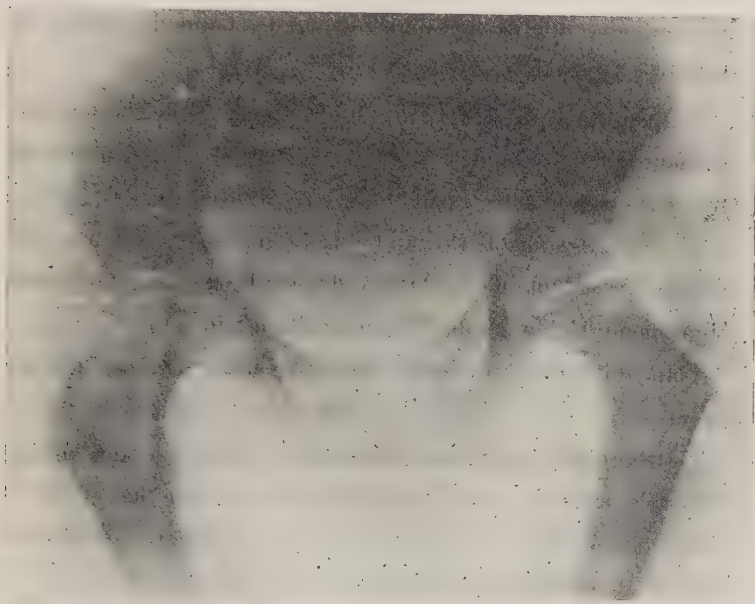


Fig. 10. — G... P., six ans

Foyer cervical, étendu, n'ayant donné au début, qu'une réaction articulaire légère.

### OBSERVATION XVIII

L... Marie-Louise, quatre ans. Entrée le 16 décembre 1910.

L'enfant est arrivée de l'hôpital Trousseau avec le diagnostic de coxalgie droite.

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants.

*Antécédents collatéraux.* — Un frère bien portant.

*Antécédents personnels.* — Élevée en nourrice au biberon, l'enfant a eu de fréquentes crises d'entérite. Retirée de nourrice à l'âge de dix-huit mois, l'enfant marche avec un léger déhanchement. Au mois de mai 1910 les parents s'aperçoivent que l'enfant boite et que chaque soir elle a un peu de fièvre. On la traite chez elle par des bains salés, des bains de feuilles de noyer et des frictions à l'alcool.

Elle continue à marcher ; la boiterie persiste et l'on conduit l'enfant à l'hôpital Trousseau le 9 novembre 1910, où on lui met un appareil plâtré. On l'inscrit pour Berck.

*Examen debout.* — La jambe droite paraît plus courte. Le trochanter est moins saillant à droite, la jambe gauche est légèrement fléchie, l'enfant a une position hanchée.

L'épine iliaque légèrement abaissée est un peu projetée en avant.

Le triangle de Scarpa est plus aplati à droite ; la fesse droite est également plus aplatie et le pli fessier est modifié.

Le volume de la cuisse droite est moindre par suite d'une atrophie notable du quadriceps.

Légère scoliose à convexité droite.

Le signe de l'épreuve est négatif.

*Examen à la marche.* — L'enfant boite, les mouvements de l'articulation du genou sont normaux.

*Examen couché.* — Mouvements : flexion normale, rotation interne et externe normales.

Abduction très limitée des deux côtés, mais davantage à droite, où la cuisse forme environ 30 degrés avec la ligne médiane.

Adduction normale.



FIG. 11

L... Marie-Louise. La radiographie montre la fracture intra-capsulaire du côté droit  
et la coxa-vara bilatérale. Les troubles trophiques sont très accusés.



L'extension et l'hyperextension sont plus limitées à droite.

*Palpation.* — Température locale: semblable des deux côtés. Pas d'épaississement articulaire ni d'empâtement péri-articulaire.

Pas de ganglion iliaque.

Pas d'hypotonie du fessier droit ni de contracture des adducteurs.

Pas d'œdème.

La palpation superficielle et profonde, pas plus que celle du squelette ne provoque de phénomènes douloureux.

*Mensuration.* — Raccourcissement du membre inférieur droit de 2 centimètres.

Le trochanter est remonté au-dessus de la ligne de Nélaton Roser.

*Phénomènes douloureux.* — Provoqués ou spontanés sont absents.

La température générale est normale.

La malade présente de légers stigmates de rachitisme.

La malade couchée à son arrivée à Berck reste au repos jusqu'au 20 janvier 1911. A cette date on fait marcher l'enfant.

Celle-ci ne se plaint pas, mais la boiterie ne semble pas diminuer.

*Examen radiographique.* — Montre une tête en place avec une fracture ancienne probable intra-capsulaire du col. Troubles trophiques de l'os, décalcification et atrophie diaphysaire. Coxavara double (voir fig. 11).

Les déplacements de la luxation congénitale de la hanche sont généralement caractéristiques, nous n'y insisterons point; le diagnostic ne saurait être

difficile que dans les cas où luxation et coxalgie sont associées, ou encore dans ces cas de luxations incomplètes dont nous avons parlé : luxations sus-cotyloïdiennes appuyées, où les phénomènes douloureux prennent une place importante.

Nous reproduisons ici la radiographie d'une fillette que nous avons observée à Berck.

### OBSERVATION XIX

P... Yvonne, onze ans. Entrée le 18 novembre 1910 à l'Hôpital Maritime.

Arrivée de l'hôpital Bretonneau avec le diagnostic de coxalgie droite au début.

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants.

*Antécédents collatéraux.* — Néant.

*Antécédents personnels.* — Rougeole, scarlatine, varicelle.

*Histoire de la maladie.* — D'après les dires de la mère, l'enfant « se » dandinait depuis qu'elle a commencé à marcher, et dès cette époque l'enfant se plaignait parfois de douleurs dans la hanche, surtout lorsque l'enfant faisait de longues marches.

Les douleurs et la boiterie s'accroissant davantage, l'enfant est allée consulter à l'hôpital Bretonneau le 5 octobre 1910, où l'on diagnostiqua une coxalgie droite au début.

L'enfant a été plâtrée le 10 octobre jusqu'à son arrivée à Berck.

Le soir de son arrivée, l'enfant est donc reposée depuis un mois dans le plâtre. On enlève son appareil.

*Examen à l'arrivée.* — Le plâtre enlevé on constate :



Fig. 12

P... Y., onze ans. La radiographie montre l'absence du toit cotylien du côté droit et la luxation de la tête en haut.



*Examen debout.* — Une attitude normale. L'enfant se tient bien et la jambe malade appuie bien sur le sol, elle n'a pas de position hanchée. Les deux membres sont d'apparence égaux.

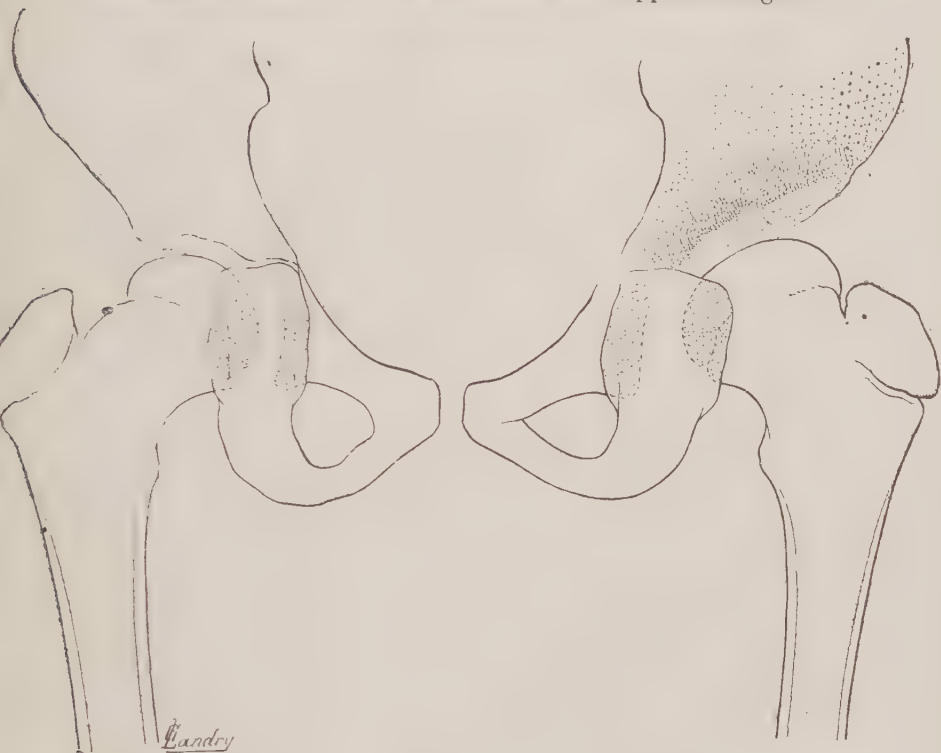


Fig. 13. — Schéma de la radiographie. Forme rappelant les luxations sus-cotyloïdiennes appuyées décrites par Nové-Josserand.

Les deux épines iliaques sont sur le même plan; le signe de l'épreuve est négatif.

L'atrophie de la cuisse est considérable et paraît consécutive au port de l'appareil plâtré. Le trochanter est un peu moins saillant à droite qu'à gauche. Le pli fessier est un peu moins marqué à droite, la fesse droite étant plus aplatie et moins volumineuse.

Les plis inguinaux paraissent semblables, le triangle de Scarpa ne paraît ni plus excavé, ni plus bombé du côté malade que du côté sain. On ne constate pas de scoliose compensatrice.

*Examen à la marche.* — L'enfant boite un peu du côté droit.

*Examen couché.* — Attitude normale.

*Mouvements actifs et passifs.* — Flexion, abduction, adduction, rotation externe et interne normaux.

*Palpation.* — Température locale : semblable des deux côtés.

On ne constate pas d'épaississement articulaire ni d'empatement péri-articulaire.

Il n'y a pas de ganglion iliaque.

Atrophie considérable des muscles fessiers et du quadriceps, mais sans hypotonie des fessiers et sans contracture des adducteurs.

La palpation ne révèle pas d'œdème et pas d'abcès.

La mensuration montre une légère ascension du trochanter droit au-dessus de la ligne de Nélaton Roser et un raccourcissement très léger de la jambe droite et à peine perceptible, un demi-centimètre. L'état général de l'enfant paraît bon et on ne constate pas de fièvre.

*Examen radiographique.* — Les troubles actuels semblent se rattacher à une malformation congénitale indiquée par la radiographie. Celle-ci montre une tête fémorale grosse, légèrement aplatie, un peu élevée en haut et en dehors. Le toit formé par le sourcil cotyloïdien manque en partie. Forme rappelant les luxations sus-cotyloïdiennes appuyées de Nové-Josserand (voir fig. 12 et 13).

On fait marcher l'enfant progressivement.

L'enfant, réclamée par ses parents, sort le 7 février 1910.

*Examen à la sortie.* — Très bon état général. Plus de douleurs à la marche ni à la palpation.

L'atrophie de la cuisse a presque complètement régressé.

L'enfant souffre toutefois lorsqu'elle marche beaucoup.

Les premiers jours où l'enfant a marché elle a souffert dans l'aîne, et on a constaté à ce moment un petit ganglion qui a disparu quelques jours après.

A sa sortie l'enfant boite encore un peu, mais elle s'appuie mieux sur la jambe droite.

L'affection dite coxa-vara montre à la radiographie des déformations typiques. On constate une incurvation du col fémoral, qui devient dans quelques cas convexe supérieurement, et tend à devenir horizontal : il est plus ou moins atrophié. La tête est également infléchie et la zone claire, qui traduit la ligne épiphysaire entre la tête et le col normalement oblique, et quelquefois presque horizontale, apparaît presque verticale et forme même souvent une courbe, dont la convexité regarde l'articulation. En même temps le grand trochanter se montre quelquefois hypertrophié; les rapports articulaires sont normaux et leurs contours ont gardé toute leur précision.

## OBSERVATION XX

L... Henri, douze ans. Entre à l'Hôpital Maritime le 18 mars 1910.

*Diagnostic d'arrivée.* — Coxalgie gauche.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à trente-neuf ans.

Mère bien portante.

*Antécédents collatéraux.* — Un frère et une sœur plus jeunes, bien portants.

*Antécédents personnels.* — L'enfant a eu la rougeole, la scarlatine et la fièvre typhoïde (?) à six ans.

Élevé au biberon, en nourrice,

L'enfant a commencé à boiter vers l'âge de six ans, quelque temps après sa fièvre typhoïde; l'enfant conduit à l'hôpital des Enfants-Malades n'est pas admis, ses parents pouvant le soigner chez eux. Le docteur de la famille appelé constate que l'enfant a une jambe plus courte, mais ne constate pas de coxalgie. Sur ses conseils l'enfant est envoyé en Auvergne chez sa nourrice, où il reste environ pendant trois ans.

La nourrice écrit un jour aux parents que lorsque l'enfant tombe en jouant il lui est impossible de se relever. Avec l'autorisation des parents, on demande conseil à un « rebouteur » qui prescrit des frictions sur le membre malade avec un mélange de moelle de bœuf et de très vieux marc. Les frictions sont faites pendant un mois. L'enfant revient chez ses parents.

En mai 1909, l'enfant alors âgé de dix ans et demi recommence à boiter davantage. Il se plaint de douleurs dans la hanche droite; celle-ci est gonflée, et les douleurs se propagent dans le genou et l'articulation tibio-tarsienne du même côté. A cette époque l'enfant a un peu de fièvre.

L'enfant, incapable de marcher, reste couché chez sa mère pendant un mois; on lui fait, suivant les conseils du médecin appelé, des frictions au salicylate de méthyle. Il repart à la campagne pendant six mois et revient en janvier 1910 chez sa mère.

L'enfant boitant et souffrant toujours de façon intermittente, sa mère le conduit à nouveau aux Enfants-Malades.

L'enfant entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 16 janvier 1910. Mis en observation, puis à l'extension pendant six semaines, on fait à l'enfant un premier plâtre à la fin de février. L'enfant arrive à Berck le 18 mars 1910.



Fig. 14. — L. H..., 12 ans. Coxa-vara gauche, s'accompagnant de signes d'arthrite.

*Examen à l'arrivée.* — La jambe droite paraît plus longue, les deux membres appuient bien sur le sol, mais la jambe droite est un peu fléchie. Debout, l'enfant a une position légèrement hanchée.

*Examen debout.* — Le trochanter est plus saillant et le pli inguinal droit plus vertical que le gauche. Aucune modification du triangle de Scarpa du côté malade.

Le signe de l'épreuve est négatif. On note une légère scoliose à convexité gauche.

Le trochanter droit est un peu plus élevé et le pli fessier est un peu modifié; il est situé un peu plus haut. La fesse droite est un peu plus aplatie et un peu moins volumineuse.

L'enfant boite en marchant.

*Examen couché.* — Les mouvements de flexion, de rotation externe et interne sont normaux, de même que les mouvements d'adduction. L'abduction, en revanche, est plus limitée à droite et l'hypertension également.

*Palpation.* — La palpation ne révèle ni abcès, ni ganglion iliaque; on ne constate pas d'hypotonie des fessiers, ni de contracture des adducteurs. Pas de douleur à la pression, ni sur le trochanter, ni sur la tête fémorale. Cette dernière serait plus grosse à droite, mais il n'y a ni œdème, ni empâtement de la région articulaire.

Le trochanter est un peu surélevé au-dessus de la ligne de Nélaton Roser, d'environ 1 centimètre. On note une atrophie assez considérable de la cuisse.

Bon état général; pas de fièvre, pas de stigmates de bacilliose.

*Examen radiographique.* — La radiographie montre à droite une tête déformée, plus volumineuse, aplatie dans les sens de la hauteur. L'espace articulaire paraît normal. Aucune tache pouvant révéler un foyer bacillaire.

Le col fémoral, dans son ensemble, forme une couche à concavité inférieure, rappelant le type de coxa-vara (coxa-flecta décrit par Gangolphe) (voir fig. 14).

Mars 1912. — *État actuel.* — L'enfant boite toujours un peu depuis sa sortie de l'hôpital, mais ne ressent aucune douleur ni à la pression, ni à la marche.

L'atrophie musculaire a disparu. L'enfant est employé chez un



FIG. 15

Ch... Type de coxa-vara analogue au type décrit par Gangolphe.



tailleur, il fait des courses et exerce sa profession sans aucune atigue. L'état général est très bon.

Il est possible, dans ce cas, que les douleurs correspondent à chaque poussée de ramollissement du col.

### OBSERVATION XXI

L... Marcelle, quatorze ans, entrée à l'Hôpital Maritime en février 1910, avec le diagnostic de coxalgie gauche. La maladie aurait débuté en juillet 1909.

*Examen.* — Les mouvements de flexion sont très limités ainsi que l'abduction. Atrophie musculaire considérable de la cuisse.

Il ne s'agit pas d'une coxalgie, mais d'une fracture du col du fémur.

4 janvier. — L'enfant est tombée dans un escalier. Le fessier n'a pas porté par terre, car l'enfant s'est retenue à la rampe. Elle dit seulement avoir fait le grand écart. Elle n'a pu alors se relever et a été conduite à l'hôpital Saint-Louis.

Après radiographie du genou et de la hanche, on a conclu à une coxalgie, et on a traité l'enfant comme atteinte de cette affection.

On fait marcher l'enfant.

Au bout d'un mois l'enfant ne paraît pas souffrir et sa claudication n'a pas augmenté depuis qu'elle marche.

La radiographie montre une coxa-vara rappelant le type signalé par Gangolphe, la fracture secondaire s'étant produite.

On ne saurait prendre le trait clair normal qui sépare le col de la tête fémorale, pour un décollement

épiphysaire. Dans ces cas de décollement épiphysaire, les limites de la tête ne se continuent pas exactement avec celles du col. La tête abaissée déborde en bas le cotyle, tandis que le col et le trochanter déviés en haut et en dehors forment avec celle-ci un angle aigu typique.

De même dans les fractures du col à sa base (coxa vara traumatique), qui, comme l'a montré Royal Whitman, sont relativement plus fréquentes chez l'enfant, et dont la notion est due, ainsi que l'a rappelé Kirmisson (Congrès de Chirurgie, 1912), à la radiographie, il est le plus souvent assez facile, par comparaison avec le côté opposé, de déterminer le trait de fracture ; celui-ci est tantôt complet, tantôt incomplet. N'oublions pas que certaines radiographies donnent une illusion, et gardons-nous de vouloir trop interpréter.

Mentionnons aussi les résultats fournis par la radiographie dans cette forme de pseudo-coxalgie décrite par M. Calvé. L'épreuve radiographique affirme un certain degré de coxa vara, oscillant de 90 à 120 degrés, et l'hypertrophie de la tête fémorale que la clinique avait déjà révélés. Le col, d'apparence plus court que celui du côté sain, est épaissi dans son diamètre vertical, et sa portion diaphysaire forme la tête fémorale presque en totalité.

Elle nous révèle, de plus, une *atrophie et une déformation lamellaire de l'épiphyse fémorale* qui constituent le caractère le plus important de l'affection.

Le cartilage de conjugaison est modifié. Il prend un aspect sinueux, irrégulier, et apparaît convexe en dedans.

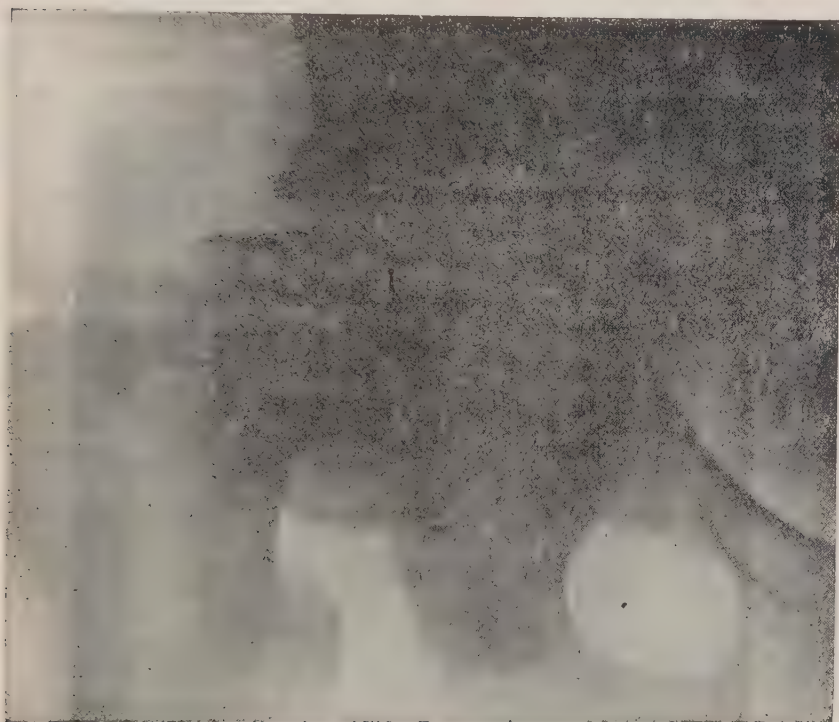


Fig. 16. — L... Marcelle, quatorze ans. Type de coxa-vara rappelant celui décrit par Gangolphe, dans lequel une fracture secondaire se serait produite.

En revanche, on ne constate pas à la lecture radiographique de modifications de l'espace articulaire, il y a toujours absence totale d'usure osseuse ou cartilagineuse. On ne constate pas non plus de troubles dystrophiques à distance.

OBSERVATION XXII

(Dr Calvé.)

B... huit ans. Début de la maladie il y a un an par des



FIG. 17. — Br... Déformation caractéristique. Aplatissement épiphysaire.

phénomènes douloureux qui durent deux mois et qui font porter le diagnostic de coxalgie.

Le Dr J. Calvé voit à ce moment le malade. Il constate que la tête est grosse, un certain degré de coxa-vara, et de la limi-

tation des mouvements par butée osseuse de la flexion à 90 degrés et de l'abduction à 60 degrés. La réaction à la tuberculine donne un résultat négatif. Il élimine le diagnostic de coxalgie et fait marcher l'enfant. Aucune réaction articulaire ne se produit.

La radiographie montre une déformation caractéristique de l'épiphyse qui est aplatie et non ulcérée (voir fig. 17).

### OBSERVATION XXIII

(D<sup>r</sup> Calvé.)

L..., cinq ans et demi. Début de la maladie en 1906, par une boiterie intermittente et des douleurs dans le genou. L'enfant est soigné pour une coxalgie. On ne constate ni abcès, ni empâtement, ni œdème péri-articulaire. A la fin de 1907 tous les mouvements sont libres, sauf l'abduction qui est limitée. Atrophie musculaire prononcée au niveau des fessiers.

La palpation révèle une hypertrophie très accusée de la tête et une ascension du trochanter.

La radiographie faite en 1906, au début, montre que l'épiphyse à peine marquée est représentée par deux petits noyaux osseux nettement séparés. Pas d'usure des surfaces articulaires. On ne trouve aucun signe de décalcification qu'on rencontre habituellement chez les coxalgiques, bien que le membre soit depuis un an dans un appareil plâtré. La radiographie confirme la coxa-vara.

La radiographie, en 1907, montre l'hypertrophie de la tête et l'atrophie du noyau épiphysaire réduit à une masse aplatie ne recouvrant que le tiers supérieur de la circonférence de la

tête. L'enfant marche depuis plusieurs mois sans aucun incident.



Fig. 18. — L..., 5 ans 1/2, 1906. Le noyau épiphysaire est représenté par deux points séparés. Hypertrophie de la tête.

Une nouvelle radio, faite en juin 1909, montre que le noyau épiphysaire tend à reprendre sa forme normale.

Dans l'ostéo-arthrite juvénile déformante, la radiographie montre, que la tête fémorale a perdu

la forme sphérique, pour prendre celle d'un cône émoussé, dont l'axe s'oriente à peu près dans le prolongement de l'axe du col ; la tête hypertrophiée



Fig. 19. — L..., 1907. Epiphyse rejetée en haut et en dehors.

est aplatie transversalement. Elle montre aussi la présence de taches claires en rapport avec les foyers de raréfaction osseuse subchondraux.

Dans la carie sèche de la hanche, la tête apparaît diminuée de volume et aplatie avec prédominance

de cet aplatissement à la partie supérieure. De plus, la dystrophie se traduit par un redressement du col fémoral « collum valgum » de Houzel et Rotten-



Fig. 20. — L..., 1909. Epiphyse aplatie. Tête hypertrophiée.

stein, à l'inverse des dystrophies que l'on rencontre chez les coxalgiques.

Nous reproduisons ici une malformation assez curieuse que nous avons observée chez un de nos petits malades à l'Hôpital Maritime, envoyé à Berck avec le diagnostic de coxalgie, cette malformation

ayant donné lieu à des symptômes d'arthrite de la hanche.

La radiographie montre que la tête est en place,

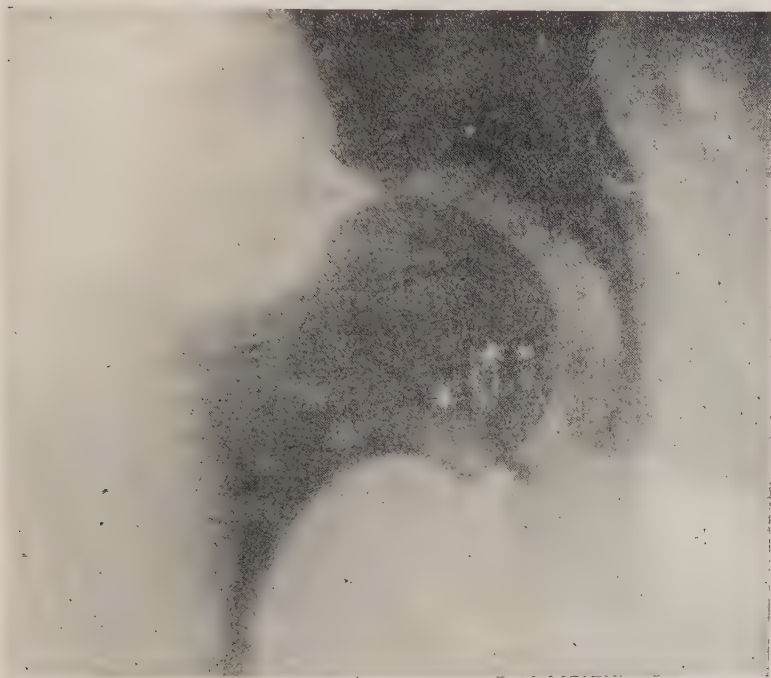


Fig. 21. — L... Jules. Malformation du col fémoral. La radiographie montre une épine osseuse au niveau du bord inférieur du col.

et un interligne articulaire normal. Le col gauche, un peu plus large que celui du côté opposé, montre dans son tiers interne, au niveau de son bord inférieur, une véritable épine osseuse.

Les phénomènes de réaction articulaire ont disparu rapidement par le repos, et tous les mouve-

ments étaient libres, sauf l'adduction qui reste toujours limitée. On ne trouve dans les antécédents aucune trace de traumatisme ancien. De plus, l'axe du col paraît normal et ne laisse pas supposer qu'il ait eu une fracture à ce niveau.

---

## CHAPITRE III

---

*Symptômes cliniques qui permettent d'affirmer ou non la présence de lésions tuberculeuses au niveau de l'articulation coxo-fémorale.*

Nous avons vu que, si dans l'immense majorité des cas, la radiographie confirmait ou rectifiait le diagnostic de coxalgie préalablement porté, il était des cas (plus particulièrement fréquents dans ces formes frustes de coxalgie que nous avons eu en vue) où la radiographie semble muette, soit que les rayons laissent les tubercules inaperçus, soit que les lésions, purement synoviales, soient indécélables sur l'écran.

Pour nous rendre compte de la persistance et de la ténacité des lésions, qui signent la nature tuberculeuse de l'arthrite si atténuée soit-elle, c'est encore à la clinique qu'il faut avoir recours. Il existe, en effet, un syndrome fruste, souvent incomplet, mais qui, recherché méthodiquement, met en valeur l'évolution de l'affection tuberculeuse. Ces symptômes, antérieurement décrits par M. Calvé, sont au nombre de trois :

- 1° La persistance de l'adénite iliaque ;
- 2° L'atrophie et surtout l'hypotonie des fessiers ;
- 3° L'épaississement de la région articulaire,

### 1° *L'adénite iliaque*

L'adénite iliaque est un excellent symptôme de coxalgie, quand, observée au début de l'affection, elle est retrouvée ou même augmentée de volume après

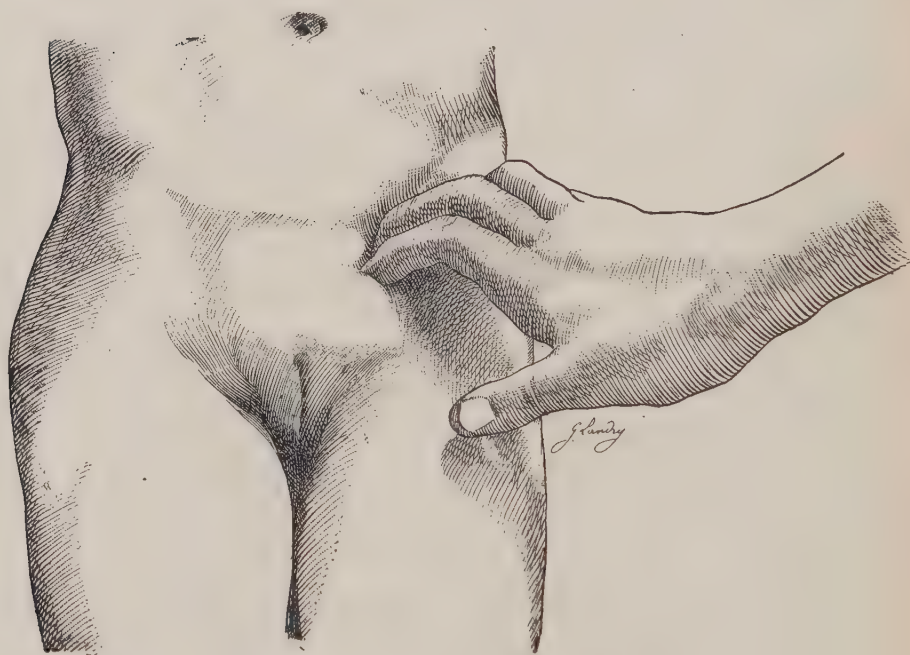


Fig. 22. — Recherche de l'Adénite iliaque

quelques semaines de repos imposé à l'articulation. Sans elle, on ne peut affirmer un diagnostic de coxalgie.

Contrairement à l'opinion des classiques, l'adénite spécifique n'est pas inguinale mais iliaque. Il s'agit

de ces ganglions rétro-cruraux, situés à la partie antérieure et inférieure de la fosse iliaque interne, et qui font suite immédiatement aux ganglions profonds du triangle de Scarpa, et comme ceux-ci accompagnent les gros vaisseaux de la région. Ils sont donc situés derrière la paroi abdominale antérieure et par là même demandent pour être perçus quelques précautions sans lesquelles ils restent introuvables.

Le malade doit être couché, et, pour obtenir le plus grand relâchement de la paroi abdominale, lui dire de respirer largement la bouche ouverte. Avec les doigts mis en crochets, on déprime alors la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale et l'on profite des mouvements expiratoires, pour pénétrer jusqu'au plancher de la fosse iliaque interne, par un léger mouvement de va-et-vient de haut en bas et de dedans en dehors.

Suivant les cas, les sensations perçues sont différentes, mais l'intensité des lésions ganglionnaires répond à celle des lésions articulaires, le ganglion est fonction des lésions de l'article. Tantôt on trouve un ou deux ganglions arrondis, roulant sous le doigt, peu ou pas douloureux, s'accompagnant ou non d'adénite inguinale. Parfois ils sont confluent; ils forment un blindage en arrière de la paroi, au point que l'on peut provoquer quelquefois un ressaut perceptible à la vue.

Dans tous les cas il faudra comparer avec les ganglions du côté opposé, car on sait chez l'enfant avec

quelle facilité, tout le système ganglionnaire peut être intéressé.

*2° Atrophie et hypotonie des muscles fessiers*

L'atrophie musculaire persistante n'a rien qui

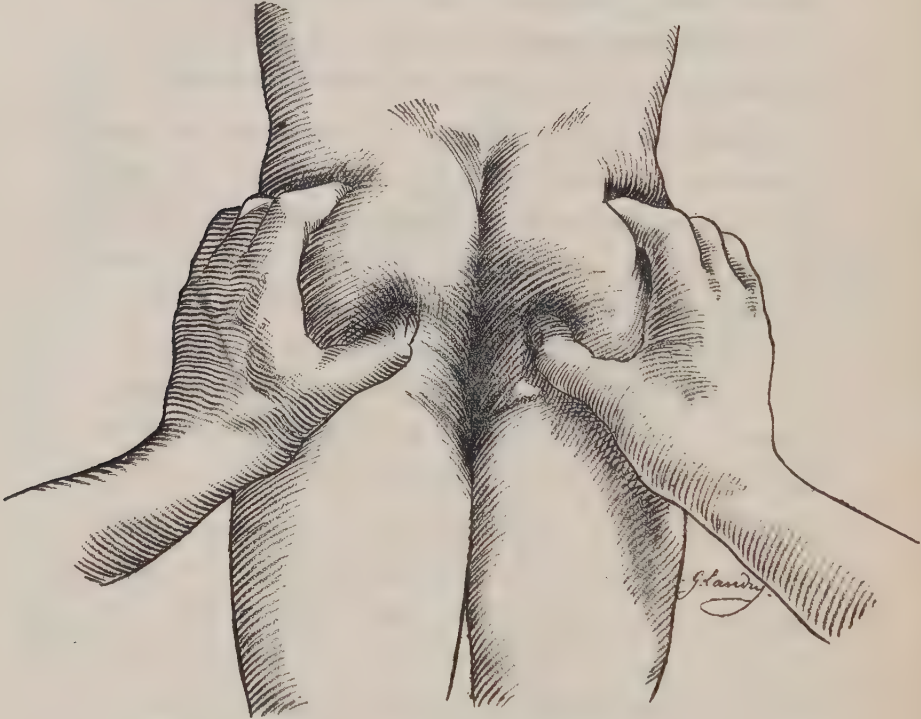


Fig. 23. — Recherche de l'Hypotonie des muscles fessiers

doive nous étonner de muscles qui ont été soumis au repos. Mais elle acquiert, dans les affections articulaires, en particulier dans la coxalgie, une précocité et une rapidité qui, pour Lannelongue, traduisent l'existence de tubercules osseux avant l'apparition de l'arthrite.

Au niveau des fessiers, elle est le plus souvent, pour un œil exercé, évidente, les saillies des deux grands fessiers sont asymétriques. Celui du côté malade est aplati et les reliefs musculaires sont moindres au repos. L'atrophie n'atteint pas seulement que les fessiers, elle est aussi très marquée au niveau de l'insertion inférieure du quadriceps, au niveau de la rotule.

La palpation et le toucher des masses musculaires donnent des notions extrêmement précises. Outre qu'ils nous révèlent une diminution de volume de la masse musculaire du côté malade, seuls ils nous décèlent l'hypotonie de ces mêmes muscles.

Si on les saisit, en les soulevant d'une large prise dans leur totalité et perpendiculairement à leurs fibres, on s'aperçoit, par comparaison avec le côté opposé, que leur consistance a varié. Elle est devenue moins ferme, car le muscle malade ne réagit pas à cette excitation, il ne contracte plus ses fibres, ou il les contracte très faiblement, il a perdu sa *tonicité*.

Cette hypotonie est particulièrement évidente au niveau des fessiers. Pour la rechercher, il est indispensable d'examiner l'enfant couché sur le ventre.

La palpation permet, en outre, de rétablir une cause d'erreur que produit la simple inspection de la fesse, car on peut ne pas croire à l'atrophie lorsqu'elle est masquée par de l'adipose sous-cutanée.

L'hypotonie musculaire au niveau des fessiers est fonction d'une irritation articulaire. Quand il n'y a pas de lésion articulaire, elle tend à disparaître et les

muscles à recouvrer leur tonicité normale. Si elle persiste, c'est qu'il y a des lésions tuberculeuses, légères peut-être, mais réelles.

Sa disparition, ou tout au moins sa diminution avec le repos de l'articulation, acquiert de ce chef une grosse valeur en faveur d'une pseudo-coxalgie, tandis que l'atrophie musculaire, au contraire, persiste même lorsqu'il n'y a pas de coxalgie, par suite de l'immobilisation du membre malade, surtout s'il s'agit d'une immobilisation sous appareil plâtré.

### 3<sup>e</sup> *Épaississement de la région articulaire*

L'épaississement de la région articulaire est également un précieux symptôme de la tuberculose de la hanche, mais il est malheureusement inconstant. La manœuvre par laquelle on le recherche est la même que celle employée pour rechercher dans les trochantérites l'épaississement du grand trochanter, mais, cette fois-ci, il faut enfoncer en dedans de celui-ci la pince formée par le pouce en avant et les quatre doigts en arrière, de façon à sentir non plus le grand trochanter, mais la région du col et de la tête fémorale.

Cet examen devra être fait non pas debout, mais couché et symétriquement, car les muscles ainsi en relâchement permettent d'apprécier un épaississement même très peu accusé de l'articulation malade.

Cet épaississement traduit un certain degré

d'œdème des tissus péri-articulaires. Il ne faut pas le confondre avec le bombement que donnent les fongosités et que l'on constate à la simple inspection du pli inguinal. Il n'est pas visible à l'œil, mais seu-

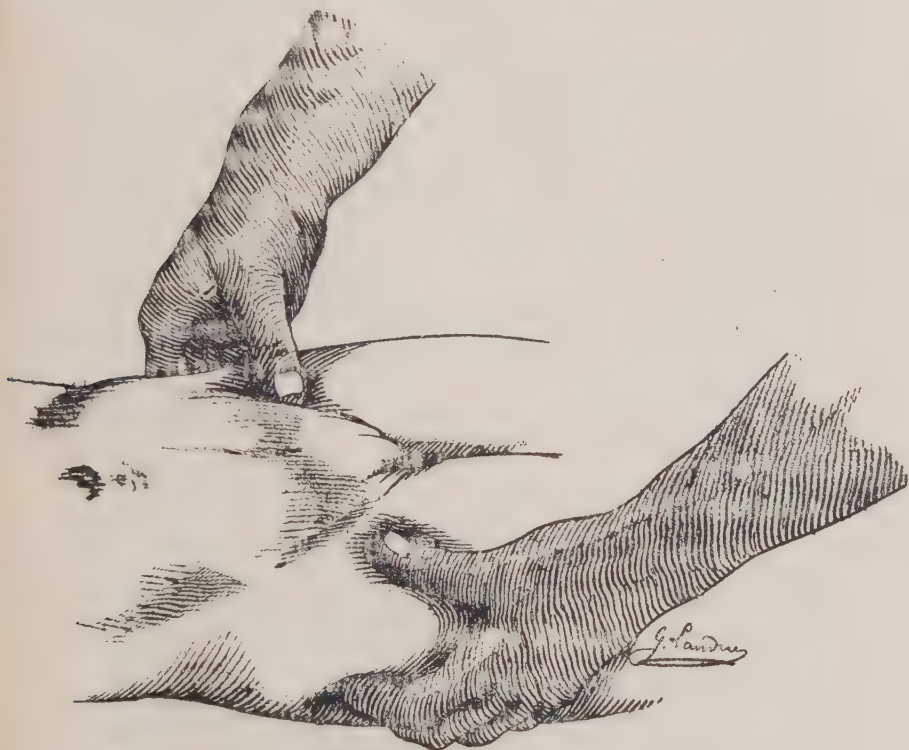


Fig. 24. — Recherche de l'épaississement articulaire

lement perceptible avec le doigt. Il s'étend le plus souvent de l'interligne articulaire, jusqu'à la partie moyenne du col.

Souvent très léger, il peut être parfois volumineux même au repos, et c'est là pour nous un signe de grande activité du processus tuberculeux.

A envisager les faits d'ensemble, nous voyons quelle difficulté on éprouve parfois à se prononcer, d'une façon précoce, sur la nature précise d'une réaction articulaire de la hanche, à la période de début.

Le domaine de la tuberculose reste, en somme, très étendu ; il l'est moins qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent, et la tuberculose n'apparaît pas d'une façon aussi constante qu'on le pensait dans les affections de la hanche. Comme nous l'avons dit, une réserve de 10 0/0 environ s'impose. Il n'est pas douteux que certaines affections, diagnostiquées coxalgies et rapportées comme ayant eu une évolution exceptionnellement courte, n'étaient pas des coxalgies.

Une coxite tuberculeuse peut-elle avorter ? Peut-elle guérir en moins de six mois ? Y a-t-il des variétés de tuberculose articulaire de la hanche susceptibles de s'arrêter brusquement en quelque sorte, prématurément du moins dans leur marche ? Ou bien la tuberculose de la hanche parcourt-elle fatalement ses phases cliniques en trois, quatre ou cinq ans ? Et que devons-nous penser lorsqu'un praticien nous affirme avoir guéri, disons assister à la guérison de coxalgies, après cinq et six mois de traitement.

Pour nous, nous nous demandons si dans ces faits bien réels, mais exceptionnels de guérison d'une arthrite de la hanche au bout de quelques mois, on a véritablement éliminé toute cause d'erreur, et nous

considérons ces cas avec notre maître, M. Ménard, comme étant d'une interprétation douteuse.

Mais à côté de ces erreurs, il est des coxalgies frustes dont la plupart des symptômes disparaissent, et qu'il importe de diagnostiquer.

Si difficile que soit parfois l'interprétation du mode d'action du germe tuberculeux, vis-à-vis de l'organisme, c'est à juste titre, semble-t-il, que l'on a pu dire que la tuberculose fait trêve sans désarmer jamais tout à fait. Après l'envahissement d'une articulation par le bacille tuberculeux, l'effort curateur naturel, aidé des ressources de l'hygiène et de la thérapeutique, pourra vaincre le processus morbide et amener sa rétrocession. Qu'on y prenne garde, la guérison est plus apparente que réelle ; l'ennemi a édifié des retranchements derrière lesquels il se cache, n'attendant qu'une occasion pour reprendre l'offensive. C'est cette latence de la maladie qui fait naître les difficultés en matière de clinique.

Mais cette latence, nous avons vu qu'on pouvait la déceler par un ensemble de symptômes qui, recherchés méthodiquement, sont une preuve de la persistance de la culture tuberculeuse au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

On pourrait, semble-t-il, recourir encore, dans les cas particulièrement douteux, aux procédés de laboratoire et pratiquer l'épreuve de la réaction à la tuberculose, soit sous forme de cuti-réaction, soit d'ophtalmo-réaction, ou mieux de dermo-réaction. Cette réaction n'a malheureusement pas de valeur

localisatrice et ne saurait permettre de conclure à une arthrite bacillaire de la hanche, puisqu'un foyer pulmonaire ou ganglionnaire est capable de la provoquer. Elle n'a donc de valeur que si elle est négative, et elle indiquera dans ce cas l'absence de tout foyer de bacilliose chez le sujet soumis à notre examen.

L'injection de tuberculine à doses massives jusqu'à réaction locale, est mauvaise ; elle peut donner lieu à des accidents graves.

Le vrai diagnostic scientifique serait le diagnostic du bacille, et la seule preuve absolue serait la constatation du bacille spécifique dans le liquide articulaire, démontrée, soit par l'examen direct, soit par l'inoculation positive au cobaye.

Il nous faut enfin envisager les cas, où même le syndrome, que nous avons essayé de mettre en valeur, fait défaut. Quelle est alors la conduite à tenir ? On ne peut d'emblée instituer le traitement, et il nous faut recourir à l'épreuve de la marche. Ayant réservé son diagnostic, l'enfant est soumis à une surveillance rigoureuse, et le repos est institué à la moindre manifestation de réaction articulaire. Après cette nouvelle période d'observation, il est assez exceptionnel que le diagnostic ne puisse être établi. « Il faut parfois trois ou quatre mois, six mois même, écrit M. Ménard, pour se libérer d'un soupçon de coxalgie. »

Restons donc circonspect en présence d'une réaction coxo-fémorale qui aura régressé, et ne portons

pas de diagnostic précoce qui ne saurait être affirmatif.

L'évolution seule nous permettra, dans certains cas, de dire si l'articulation est entachée ou non de tuberculose. Si celle-ci ne constitue pas toute la nosographie de la hanche, il importe de savoir la reconnaître de bonne heure. C'est aux coxalgiques qu'on peut appliquer le mot de Leibniz. Pour eux, « le présent est toujours gros de l'avenir ».

---



## CONCLUSIONS

---

1° Le nombre des maladies qui peuvent être prises pour des coxalgies s'est accru depuis l'usage de la radiographie.

2° Toute affection juxta-articulaire éloignée ou proche de l'articulation peut en imposer pour une coxalgie de deux manières ; en occasionnant simplement des troubles fonctionnels indirectement et à distance, par suite de leur retentissement sur le système musculaire, ou bien directement en engendrant une arthrite de voisinage. A plus forte raison, les arthrites pures non tuberculeuses peuvent-elles simuler la coxalgie.

3° Il en résulte que toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une réaction articulaire de la hanche, il ne faut pas précipiter son diagnostic, mais placer l'enfant au repos, le soumettre à une période d'observation en l'immobilisant et le faire radiographier.

4° Après cette période de repos, il est facile d'éliminer les arthrites résultant d'affections éloignées de l'articulation.

5° La radiographie complète de la façon la plus utile l'examen clinique, et permet d'éliminer un grand nombre d'affections (coxa vara, arthrite juvénile déformante, décollements épiphysaires, etc.) difficiles à diagnostiquer autrefois.

6° Même si la radiographie est muette, la clinique permet cependant de reconnaître la nature tuberculeuse de l'arthrite.

7° On peut observer certains cas où le tableau clinique de la coxalgie n'est pas complet, et où les difficultés du diagnostic restent grandes. Ces cas imposent une réserve de plusieurs mois.

---

Vu : le Président de la thèse,  
**RECLUS**

Vu : le Doyen,  
**LANDOUZY**

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

**LIARD**

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BARBÉ. — De la Sacro-coxalgie chez l'enfant. Thèse de Paris, 1906-1907.
- BARRET. — De la Coxalgie. Thèse de Montpellier, 1870.
- BAUER (L.). — Traumatic neurosis of the hip-joint simulating coxitis (Internat. Clin. Phila., 1892).
- BERGER. — Quelques complications rares du phimosis (5 obs. de pseudo-coxalgies). Thèse de Paris, 1890.
- BERGERET. — Contribution à l'étude des contractures qui peuvent simuler la coxalgie. Thèse de Paris, 1878.
- BONNET (A.). — Traité des maladies des articulations. Lyon, 1845.
- BROCA. — Leçons cliniques de Chirurgie infantile.
- BROD (M.). — Zür Differential diagnose der Hüftgeleukter Krankheiten (Inaug. Diss. Würzburg, 1897).
- BRODIE. — Maladie des articulations, 1819 (Local nervous affections).
- BROWN (J. D.). — Incipient hip-joint disease mistaken for dislocation.
- CABOCHE. — Des Luxations subites de l'articulation coxo-fémorale se produisant au cours de la coxalgie et de certaines maladies aiguës (Revue d'Orthopédie, 1898).
- CALVÉ (J.). — De la Coxalgie double chez l'enfant. Thèse de Paris, 1905-1906.
- Difficultés du diagnostic de la coxalgie au début (Presse médicale, 1905).
  - Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie (Revue de Chirurgie), 1910.
- CARRIÈRE (G.). — Coxalgie et fausses coxalgies (Nord méd. Lille, 1904).

- CAZIN (H.). — Du toucher rectal dans la coxalgie.
- COCUILLER. — Étude clinique sur quelques localisations de la tuberculose osseuse (os malaire, acromion, pubis, ischion, grand trochanter, calcanéum). Thèse de Paris, 1908-1909.
- DAUCHEZ (H.). — Les Pseudo-coxalgies (diagnostic différentiel) (Revue gén. de clin. et de thérapeut. Paris, 1905).
- DEMARQUE. — Un cas d'entorse coxo-fémorale. Diagnostic avec la coxalgie (Archives médico-chirurgicales de province, mai 1910).
- DESCHEID (M.). — Un cas de pseudo-coxalgie (Clinique. Bruxelles, 1906).
- DESFOSSÉS et BERRUYER (G.). — Diagnostic de la coxalgie au début (Bull. médic. Paris, 1904).
- DESPORTES (P.). — Pseudo-coxalgie, coxalgie de naissance. Thèse de Lyon, 1899.
- DUPLAY (S.). — Leçon clinique sur la péri-arthrite coxo-fémorale (Progrès médical, 1874).
- Des Pseudo-coxalgies (Gaz. des Hôpitaux. Paris, 1892. Sem. médicale. Paris, 1895).
  - Sur un mémoire de M. le Dr Crivelli, concernant un cas de péri-arthrite coxo-fémorale (ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur simulant la coxalgie (Bull. Acad. méd. Paris, 1896).
- DURET. — Leçons cliniques sur la coxalgie (Journal des Sciences méd. de Lille, 1887).
- FÉNOLHAC. — Coxalgie hystérique. Thèse de Paris, 1905-1910.
- FISSINGER. — Médecine moderne. Paris, oct. 1898.
- Sur la croissance au point de vue morbide (Mémoire couronné par l'Acad. de méd., 1889).
- FRELICH. — Variétés anatomiques de la coxalgie (Congrès de Chirurgie. Paris, 1910).
- La Coxa-vara (Rapport du Congrès de Chirurgie, 1912).
- GIBERT. — Étude clinique de la coxalgie. Thèse de Paris, 1859.
- GRENIER (G.). — Étude sur les affections qui peuvent simuler la coxalgie. Thèse de Paris, 1884.
- GUERMONPREZ. — Notes sur la séméiologie de quelques coxopathies (Associat. franç. de Chirurgie. Proc. verb. Paris, 1889).
- GUILBERT. — Contribution à l'étude de la coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral. Thèse de Lille, 1902.

- HOUZEL et ROTTENSTEIN. — Carie sèche de la hanche et l'ostéo-arthrite déformante juvénile (Revue de Chirurgie, 1910).
- JABOULAY. — Coxalgie évoluant sur une hanche précédemment atteinte de déformation dite coxa-vara (Province médicale, 1907).
- JOHNSTON (H.J.). — On the distinctive Symptoms of disease of the hip-joint and some affections involving the psoas iliac muscle (Lancet. London, 1845).
- JOHNSTON (J.G.). — Rheumatic periostitis of femur, great similarity to hip-joint disease difficulty of diagnosis (N.-York M. J. 1859).
- JOUON. — Des Luxations soudaines au début de la coxalgie. Thèse de Paris, 1900-1901.
- JOUSSET. — Des pseudo-coxalgies. Art. Méd. Paris, 1896.
- KIRMISSON (E.). — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus aux articles : Coxalgie, péri-arthrite coxo-fémorale, coxalgie hystérique, coxa-vara.
- Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.
  - Forme fruste de la coxalgie (Bull. médical, mai 1909).
  - Forme fruste ou anormale de la coxalgie (Bull. de l'Acad. de méd., juillet 1910).
- KIRMISSON. — La Coxa-Vara dans ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur (Rapports du Congrès de Chirurgie, 1912).
- KIRMISSON et OMBRÉDANNE. — Coxalgie fruste simulant la coxa-vara (Soc. de Chirurgie, 20 juillet 1910).
- LABBÉ. — Thèse de Paris, 1863.
- LAGACHE (G.). — Coxalgie et pseudo-coxalgie (Cliniq. Bruxelles, 1903).
- LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose. Paris, 1886.
- MAIN (O.-M.). — Retro-peritoneal abscess simulating morbus coxarius of hip disease (Toledo M. et S. Reporter, 1899).
- MARJOLIN. — Diagnostic de la coxalgie.
- MAYDL. — A Wiener Klinische Rundschau, 1897.
- MARTIN et COLLINÉAU. — De la coxalgie. Paris, 1865.
- MÉNARD (V.). — Etude sur la coxalgie.
- Coxalgie et tuberculose juxta-coxale. Diagnostic radiographique (Congrès de Chirurgie, 1910).
  - Tuberculose du col de fémur (Congrès de Chirurgie, 1911).

- Radiographie et diagnostic de la tuberculose ostéo-articulaire (Rapport du Congrès à l'Association française de Pédiatrie, 1911).
- MÉNARD et LANCE. — La Tuberculose juxta-coxale chez l'enfant (Revue d'Orthopédie, 1901).
- MESNARD (R.). — Étude sur les pseudo-coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inférieurs. Thèse de Paris, 1891.
- MILLOT. — Pseudo-coxalgie. Adhérence balano-préputiale (Ann. de Chirurg. et d'Orthop. Paris, 1900).
- MORDANT. — Ostéites du grand trochanter et leurs rapports avec le coxalgie. Thèse de Lyon, 1897.
- NÈFLE. — Considérations sur les causes, le siège et la classification des coxalgies. Thèse de Paris, 1881.
- OBERST. — Diagnostic des maladies de la hanche (Archives gén. de méd., janvier 1910).
- OLLIER. — De la Coxalgie (Congrès de Chirurgie, 1885).
- PAGET. — Simulation of hip-joint disease (Med. Times et Gaz. Lond., 1854).
- PERTH. — De l'Arthrite juvénile déformante, in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, octobre 1910.
- PICQUÉ (R.). — La Hanche bote et son ostéo-arthrite. Thèse de Lyon, 1899-1900.
- POIFFANT. — Contribution à l'étude de la coxa-vara. Thèse de Paris, 1905-1906.
- PHALEMPIN. — Contribution à l'étude des pseudo-coxalgies. Thèse de Paris, 1910.
- RECLUS. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1888.
- RENON (A.). — Étude sur les affections péri-articulaires de la hanche qui peuvent simuler la coxalgie. Thèse de Paris, 1874.
- RÖDERER. — Vraies et fausses coxalgies (Revue la Tuberculose dans Pratique méd. chirurgicale, 1911).
- Les Luxations congénitales de la hanche à symptômes tardifs (Presse médicale, 30 mars 1912).
- SARRAZIN. — Contribution à l'étude de la coxa-vara des adolescents. Thèse de Paris, 1909-1910.
- SAVARIAUD. — Les Fausses coxalgies. L'incurvation du col fémoral ou coxa-vara de l'adolescence (Presse médicale, 1910).

- SAYRE (E.). — Diastasis of the head of the left femur in a child eight years mistaken for morbus coxarius (Med. Rec. New-York, 1882).
- SCHWARTZ. — Note sur un cas de pseudo-coxalgie (Bull. Soc. méd. prat. de Paris, 1886).
- SIMERAY. — De la Forme fruste de la coxalgie. Thèse de Paris, 1910-1911.
- SOURDAT (P.). — Étude radiographique de la hanche, en particulier chez l'enfant. Thèse de Paris, 1908-1909.
- TERRILLON. — Principaux phénomènes de la coxalgie vraie (Revue méd. franc. et étrang. Paris, 1879).
- THÉVENOT (L.). — La Tuberculose des articulations, 1910.
- TRÉLAT. — Diagnostic de la coxalgie des pseudo-coxalgies (Union méd. Paris, 1885).
- VERNEUIL. — De la Rigidité des adducteurs de la cuisse, affection simulant la coxalgie (Bulletin et Mém. Soc. de Chirurg. Paris, 1877).
- VIAL (E.). — Simulation of hip-joint disease by enlargement of the bursa over the trochanter major (Lancet. Lond., 1871).
- WEITZEL. — Des Ostéites du pubis et leurs rapports avec la coxalgie. Thèse de Lyon, 1899-1900.
- WHITMAN. — Orthopedic Surgery.
- ZEAS (D.). — Über die juvenile osteo-arthritis deformans coxal (Archives für orthopädie, Mekanotherapie und un fall Chirurgie, 1909).
- ZANELLI. — Contribution à l'étude des arthropathies tuberculeuses et des inflammations tuberculeuses péri-articulaires. Thèse de Paris, 1882.
-



---

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et C<sup>ie</sup>, 15, rue Racine, Paris. — 1838-12

---





